

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

349

Année 1904

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 mai 1904, à 1 heure.

PAR

Jules KLOTZ

CHANCRES DE SIÈGES MULTIPLES

ET

PATHOGÉNIE DE LA SYPHILIS

Président : M. GAUCHER, Professeur.

Juges : { M. LETULLE, Professeur.
M. TEISSIER,
M. BEZANÇON, } *agréés.*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente)

1904

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen..... M. DEBOVE.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	POIRIER
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	RECLUS.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	DEJERINE.
	N.
Clinique médicale.....	LANDOUZY.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	DEBOVE.
Clinique des maladies syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	TERRIER.
	BERGER.
	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	TILLAUD.
Clinique des voies urinaires.....	DE LAPERSONNE.
Clinique d'accouchement.....	GUYON.
Clinique de gynécologie.....	PINARD.
Clinique de chirurgie infantile.....	BUDIN.
	POZZI.
	KIRMISSON.

MM.

Agrégés en exercice :

ACHARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	RIEFFEL.
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GILLES DE LA TOURETTE.	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	GOSSET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (Aug.).	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (André).	GUIART.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNÉO.	JEANSELME.	REMY.	WALTHER.
DEMELIN.	LANGLOIS.	RENON.	WIDAL.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

846
A MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

PROFESSEUR DE DERMATOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DE SAINT-LOUIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES DES HOPITAUX

Une des plus belles traditions que nous aient léguées nos devanciers est assurément celle qui consiste à montrer notre reconnaissance à nos maîtres des hôpitaux, dans la thèse qui couronne nos études.

Nous saisissons cette occasion avec joie pour remercier les chirurgiens éminents qui nous ont enseigné les règles de cet art qui a fait de si gros progrès de nos jours ;

C'est le professeur Thiéry qui nous a initié à la chirurgie pendant que nous étions bénévole.

C'est chez le P^r Tuffier, dont la hardiesse et la dextérité opératoires sont bien connues, que nous avons fait notre stage.

Comment ne parlerions-nous du D^r Picqué, qui a su vraiment nous intéresser à la chirurgie, grâce à ses cliniques du vendredi, de véritables causeries amicales si éminemment pratiques et instructives. C'est dans ce même service que nous avons opéré nous-même, grâce à la bienveillance du professeur Mauclore. C'est encore M. Mauclore qui nous a enseigné d'examiner les malades avec méthode.

Nous leur exprimons ici à tous notre bien vive reconnaissance.

Que M. le Professeur Bonnaire veuille aussi accepter nos meilleurs remerciements pour le bon stage que nous avons fait chez lui.

La pathologie interne en général et la séméiologie des maladies du cœur nous ont été enseignées par le D^r Huchard

dans ses causeries du mardi. Qu'il veuille bien croire à nos vifs remerciements, de même, que le D^r Landrieux, dont nous avons suivi les visites avec profit.

Les premières notions dermatologiques qui sont si difficiles aux débutants, nous ont été inculquées par le D^r Du Castel d'abord à ses consultations et à son cours du samedi, puis à son service comme bénévole, puis pendant un remplacement d'externe. C'est pendant un autre remplacement dans le même service que nous avons su apprécier les bonnes leçons que le D^r Jacquet nous faisait sur la pathogénie des maladies cutanées et du cuir chevelu.

Qu'ils acceptent nos sentiments de profonde gratitude.

Nous avons encore eu la bonne fortune d'être l'élève du Professeur Fournier avant que l'âge l'ait retiré à l'affection de ses élèves.

Nous lui en serons toujours reconnaissant.

Nous remercions encore le D^r Baudoin qui nous a initié à la thérapeutique cutanée et stomachique ; les D^{rs} Danlos, Balzer, de Beurmaun, Hallopeau médecins de l'hôpital Saint-Louis, pendant les consultations externes, nous ont aussi enseigné la dermatologie et nous les en remercions sincèrement.

Nous remercions aussi M. Druelle ex-interne à Saint-Lazare qui nous a donné le sujet de cette thèse, en même temps qu'une observation très intéressante qu'on lira au cours de ce travail.

Nous remercions tout particulièrement le Professeur Gauthier, dont nous avons suivi les leçons cliniques et qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse,

INTRODUCTION

On donne le nom de « chancres multiples contemporains » à toutes scléroses faisant leur apparition chez un même sujet, en une même région, ou en des régions diverses et se succédant dans un intervalle de quelques heures à deux ou trois jours.

On donne le nom de « chancres multiples successifs » à toutes les scléroses sur un même individu, qui se développent dans un temps plus long, par exemple, de 3-25 jours d'intervalle et même davantage.

Cette définition est généralement adoptée, et nous la prendrons pour notre compte, bien qu'elle ne nous satisfasse que médiocrement : elle ne préjuge en rien de l'étiologie, en ne faisant aucune mention des dates d'infection, qui provoqueront ces diverses chancres ; elle ne fait en somme que s'ap-

pliquer à la clinique qui observe ces chancres, se succédant à quelques jours d'intervalle.

Entre les premiers et les deuxièmes, y a-t-il eu, soit du côté de l'état général ou de l'état local du sujet, une réaction qui fasse les deuxièmes différents des premiers. Est-ce là manifestation identique ? Nous le pensons.

Pour toutes ces raisons, je remplacerai plus volontiers cette définition, toute artificielle et conventionnelle, par la définition suivante :

On appelle « chancres de sièges multiples contemporains » tous les chancres qui éclosent avant qu'on puisse apprécier cliniquement l'adénopathie satellite, c'est-à-dire tous ceux qui se succèdent pendant le premier septenaire.

On appelle « chancres de sièges multiples successifs » tous ceux qui font éclosion, une fois la pléiade constituée, c'est-à-dire ceux qui apparaissent après le huitième jour.

La question de ces chancres est très importante au point de vue de la pathogénie de la syphilis, car elle suscite les objections suivantes :

Les chancres successifs évoluent-ils suivant la date d'infection ?

L'immunité ne serait-elle pas nécessairement constituée dès l'incubation du chancre ?

L'immunité est-elle constituée une fois le chancre apparu ?

L'immunité est-elle constituée avant ou après l'apparition de l'adénopathie correspondante au chancre ?

C'est précisément ces cas qui semblent prouver que l'infection syphilitique se fait de proche en proche. Dans cette façon de voir, le chancre, loin d'être le premier signe de l'infection générale, n'est que le premier signe de l'infection locale et la

question de l'excision précoce des chancres se pose à nouveau.

Si on peut avoir deux syphilis à la fois dont chacune (1), jusqu'à l'explosion des accidents généraux, évolue pour son propre compte, la question est encore de savoir si la deuxième syphilis n'apporte pas à la première un facteur de gravité ou d'atténuation, pour la suite de la vérole. Nous posons la question quoiqu'il nous soit impossible d'y répondre.

Avant de démêler ces questions, nous allons tout d'abord donner les opinions des auteurs qui s'en sont le plus occupé.

Puis, nous exposerons les observations que nous ferons suivre de l'étiologie et du diagnostic. Ce diagnostic nous amènera à parler de la pathogénie du chancre et pour terminer, nous exposerons la pathogénie de la syphilis, en général, telle que nous la concevons.

Par anticipation, disons que nous comparons la syphilis aux autres maladies infectieuses ou microbiennes et pour cela, nous chercherons à montrer le rôle de la phagocytose.

En effet, n'est-il pas légitime de comparer par exemple le chancre à un abcès local, puis les papules aux abcès miliaires. Le sang, par la diapédèse, rejette le streptocoque, comme il rejette les éléments du sang contaminé par le microorganisme de la syphilis. Les papules pour nous, ne seraient que des petits chancres ; mais le chancre primitif est centripète et les papules comme les abcès miliaires sont centrifuges.

(1) Dans l'observation de Danlos, malgré la multiplicité des voies d'infection, la maladie ne présente pas les malaises précurseurs de la période secondaire, et cependant une ébauche de roséole est déjà visible sur le corps.

Aujourd'hui, personne ne conteste la réalité des chancres de sièges multiples et contemporains par infection simultanée. Nous en parlerons donc brièvement.

Les auteurs, au contraire, sont des plus partagés sur les chancres successifs.

Pour le Professeur Fournier, la successivité possible des chancres multiples est en principe un fait démontré. Ces chancres ont une base solide et ne reposent pas uniquement sur des racontars de malades. Maintes fois, les médecins examinant leurs malades presque jour par jour ont vu, de leurs yeux vu des chancres syphilitiques successivement à intervalles plus ou moins espacés.

Il y a des auteurs qui les récusent. Pour les uns, ils se succèdent par suite de l'incubation dont la durée serait très variable. Pour les autres, ils reposent uniquement sur des erreurs de diagnostic. D'autres encore, et cela quelquefois malgré les affirmations catégoriques des malades, disent que ce sont des accidents contemporains dont les dates d'apparition ont été méconnues ou dissimulées.

Parlons tout d'abord des chancres qui se suivent à court intervalle à cause d'une inégalité d'incubation.

Chancres successifs et contemporains d'origine. — Ils existent et sur ce point la clinique et l'expérimentation sont d'accord. Le Professeur Fournier cite des cas où on les a vus se produire à la suite d'un rapport unique, de date précise, avant et après laquelle les malades ne s'étaient plus exposés à aucun autre risque de contamination.

(1) L. c., page 198.

Chez beaucoup de ces malades on a noté la gale ou d'autres excoriations qui donnent des portes d'entrée multiples au contagé.

Pour *Bumstead, Taylor, B. Hill, Cooper, Pierre Monod* l'immunité est constituée dès le chancre. D'après eux dans tous les cas de chancres multiples, il y a toujours eu infection simultanée.

P. A. M. Morrow dit aussi, que les chancres multiples ne succèdent pas comme des chancres mous, à des inoculations successives.

Ohmann Dumesnil conclut : « la vraisemblance de l'auto-infection de la syphilis récente a encore besoin de démonstration. Dans les cas de chancres multiples et de chancre à distance il est de règle que les lésions dérivent toutes de la même infection. Dans les chancres multiples d'âges différents les plus jeunes doivent être considérés comme des lésions irritatives. La syphilis au commencement de la sclérose initiale est déjà devenue constitutionnelle ».

Gibert (1) (cité par Hudelo) raconte le cas d'un sujet sain auquel on fit une 1^{re} inoculation, puis une 2^e un jour après et une 3^e cinq jours après la 2^e. La première inoculation seule fut positive.

On pourrait rapprocher ce cas d'un autre. Nous voulons parler d'Hedwig le chimpanzé (2) de Metchnikoff et Roux.

« Il découle de notre expérience que l'immunité vis-à-vis de l'accident primitif s'établit avec une grande rapidité. Dans

(1) *L. c.*

(1) *L. c.*, page 483.

3 inoculations successives, il n'y a que la 1^{re} qui ait donné un résultat positif. La 2^e inoculation pratiquée 5 jours après la 1^{re} avec un virus probablement plus fort, n'a été suivie d'aucune manifestation. On peut en conclure que cette immunité est déjà acquise en peu de jours. »

Dans l'expérimentation dont nous venons de parler on a inoculé, en une même séance, d'abord sur le clitoris et puis sur la conjonctive et 5 jours après nouvelle inoculation sur un autre endroit du clitoris ; or la première inoculation du clitoris seule fut positive bien qu'il n'y eut rien sur la conjonctive, inoculée dans la même séance. On pourrait tout aussi facilement dire que dès l'inoculation première sur le clitoris, l'immunité fut acquise.

Le professeur Lassar (de Berlin) lui aussi a inoculé à plusieurs endroits un chimpanzé et cela dans la même séance. Or la toute première inoculation (sur la lèvre) n'a donné aucun résultat.

On ne peut pas conclure de là que cette première inoculation est restée négative parce que les autres inoculations faites après elle, l'ont empêchée de donner un chancre. Je crois donc que dans cette première inoculation de même que dans la 2^e séance d'inoculation de Metchnikoff il s'agit d'inoculations défectueuses.

Nous avons dit que des chancres dont l'origine est contemporaine peuvent éclore simultanément. L'expérimentation suivante met bien en évidence ce fait :

Bumm a inoculé un sujet sain du virus recueilli dans les

(1) *L. c.*

(2) *L. c.*

ganglions lymphatiques d'un vérolé à la période secondaire. Il a vu apparaître l'accident primitif 10 jours environ après au niveau de 3 points d'inoculation, et environ 20 jours après l'inoculation dans un 4^e point.

On peut donc avoir des chancres successifs dont l'inoculation a été contemporaine.

Chancres successifs à origine espacée. — D'après le P^r Fournier, la clinique n'est pas en état d'établir si des chancres peuvent dériver de contaminations successives; « elle n'a aucun moyen de rapporter tel ou tel chancre à une contamination de telle ou telle date. L'expérimentation seule pourrait répondre à la question. Bien peu nombreux et bien précaires sont les documents qu'elle nous a fournis sur ce point. Cependant elle paraît avoir établi que pour avoir subi une première fois l'insertion du virus, l'économie n'est pas immédiatement réfractaire à une insertion itérative du même virus. D'où il suit qu'appliquant ce résultat à la clinique, nous sommes autorisé à croire que les chancres successifs peuvent bien dériver de contaminations *successives*, s'étant exercées à courte échéance (1) ».

Pour résoudre cette question nous pouvons faire appel aux chancres du même siège pour combler les lacunes. D'ailleurs si la chose est possible pour les chancres de même siège elle le sera *a fortiori* pour des chancres de sièges multiples. Nous pouvons donc par analogie appliquer aux uns ce qu'on sait déjà pour les autres.

Diday en 1863, dit déjà que le plus souvent les chancres multiples ou successifs succèdent à des coïts distincts.

(1) *L. c.* page 197 et suivantes.

Il admet la réinoculation d'un individu sain qui vient d'être inoculé et qui n'aura lui-même de chancre que dans 15 jours.

Pour lui, deux considérations permettent de présumer que sinon pendant l'incubation, du moins à un moment de cette incubation, le futur chancreux est réinoculable.

« D'abord si l'on admet ce qui va être prouvé par les faits que même une fois son chancre manifesté, le chancreux est encore quelquefois réinoculable, il faut bien à *fortiori* reconnaître qu'il y a beaucoup plus de chances de le trouver réinoculable alors que son chancre n'a pas encore commencé.

« En second lieu, les observations de Mougeonot, de Jodelot, de Marin, de Sacco, de M. Bousquet, prouvent qu'un enfant qui n'est vacciné que depuis 4 jours, peut encore recevoir l'imprégnation, soit vaccinale, soit variolique, tandis qu'il sera au contraire réfractaire à cette imprégnation s'il sera exposé 5, 6 jours après avoir été vacciné. Donc il y a dans le cours du travail du virus sur l'organisme un moment où l'immunité contre une nouvelle insertion de ce virus n'est pas encore réalisée. Et ce moment, où peut-il se trouver, sinon pendant la durée de l'incubation ? Et ne doit-elle pas exister pour la syphilis comme pour la vaccine ? »

Rollet admet aussi que les chancres successifs résultent de contagions successives à la période d'incubation.

Mauriac conclut que la réinoculation est possible avant l'apparition du chancre et jusqu'au 22^e jour de l'incubation, car les chancres successifs se succèdent en général de 15 jours.

(1) *L. c.* page 219.

(2) Diction. encycloped. mot « chancre ».

Köbner également admet qu'on peut avoir deux chancres successifs dont l'infection ne soit pas contemporaine.

Voyons maintenant ce que nous dit l'expérimentation.

Lindwurm (1) pratique 3 inoculations de syphilis à la cuisse droite d'un sujet atteint de chancres mous, mais indemne de syphilis.

Deux jours après, le malade présente des chancres mous aux points d'inoculation (auto-inoculation). Le 12 juillet, on pratique deux nouvelles inoculations sur le bras gauche.

Quoique les 5 piqûres eussent complètement disparu; cinq tubercules rouges, correspondants aux piqûres, apparaissent.

Le 29 juillet, c'est-à-dire 19 jours après l'inoculation, 3 chancres sur la cuisse droite; le 5 août, deux chancres sur le bras gauche.

Wallace (2) (cité par Hudelo) inocule le 19 juillet 1835, un individu sain. Douze jours après, nouvelle inoculation : 2 chancres se développent à 6 jours d'intervalle. L'incubation de l'un a duré 20 jours, celle de l'autre 15.

Mauriac (3) (1883), *Fournier*, *Haslund* (4), *Du Cas-*

(1) *L. c.*

(2) *Annales de Cazenave*, tome IV, page 36.

(3) *Mauriac* cite le cas d'un malade qui présente 17 jours après le coït, une érosion préputiale bientôt indurée. Or, 7 jours après ce premier chancre, en apparaît un à gauche du filet. Le 2^e chancre peut résulter du même coït que le premier : son incubation aurait atteint 24 jours. D'autre part, le malade accuse un autre coït infectant trois jours avant le premier chancre : le deuxième chancre peut donc résulter de ce dernier coït, mais après une incubation écourtée de 10 jours seulement.

(4) Un malade a un premier chancre le 30 mai 84, puis deux autres 6 jours après le premier, un 4^e trois jours après les précédents, enfin le 19 juin, on compte 11 chancres indurés. Ainsi ces chancres sont espacés de 6 jours, 3 jours, 10 jours. Peut être, peut-on admettre que les derniers résultent de l'auto-inoculation des premiers, mais pour les premiers groupes apparus, i est plus vraisemblable qu'ils ont succédé à des coïts différents.

tel (1), (4 novembre 90), Lasch (2), ont publié des observations qui confirment la possibilité de ces chancres successifs. Mais, comme ils ont trait à des chancres du même siège, nous reproduirons les observations dans la notice ci-contre :

D'après ce qui précède, nous sommes en droit de conclure qu'on peut réinoculer un sujet en puissance de syphilis, mais qui n'a pas encore de chancre. Est-ce qu'il en sera encore de même, une fois le chancre apparu ? C'est la question qui nous reste encore à examiner. Nous diviserons ce chapitre en deux. Nous parlerons d'abord des réinoculations de chancres jeunes, c'est-à-dire de ceux qui n'ont pas encore provoqué d'adénopathie cliniquement appréciable. Après cela nous parlerons des réinoculations faites avec des chancres adultes.

Réinoculations faites pendant l'apparition du chancre, mais avant l'apparition de la pléiade satellite. — Déjà nous avons eu à citer l'opinion du professeur Fournier en ce qui concerne la clinique.

(1) Du Castel a publié 2 observations analogues. Dans le 1^{er} cas, le malade eut d'abord 3 chancres du fourreau, 3 semaines après le coït ; puis 8 jours après, 10 nouveaux chancres. On peut admettre que le 2^e groupe de chancres, résulte d'un coït différent de celui qui avait déterminé le 1^{er} chancre.

Dans le 2^e cas, le malade avait eu, 31 jours après le coït, un chancre du filet. Puis 1, 2, 3, 4 jours après ce 1^{er} chancre, surviennent 4 nouveaux chancres, puis 2 autres encore à 8 jours du premier. Il nous semble encore ici, que ces chancres succédaient à plusieurs coïts infectants espacés, plutôt qu'à un seul et unique rapport.

(2) Lasch publie une observation due au Dr Jadassohn, où l'on voit un malade atteint le 8 février de 2 chancres, présenter le 11 deux nouveaux chancres. Ou bien ces deux groupes de chancres résultent du même coït, ou bien plutôt ils sont consécutifs, chacun à un coït distinct (le malade avoue 3 coïts infectants ou suspects le 3, 23 janvier et le 3 février). On excise le chancre le 15 février, et le 25 apparut un nouveau chancre induré du pénis, qu'on excise lui aussi. Le 5 mars, nouveaux chancres indurés du pénis. Ces derniers peuvent provenir d'auto-inoculation des premiers (Voir Hudelo l. c. page 374).

Rollet (1), « Le chancre mixte n'est en définitive que le chancre induré réinoculé.

« Le chancre local et le chancre infectant sont à la fois contagieux et inoculables à la lancette. Le moyen d'épreuve qui établit une si grande différence entre ces 2 maladies et la blennorrhagie, ne doit donc être invoqué pour les distinguer l'une de l'autre. Elles se comportent toutes deux de la même manière à l'inoculation (2) ».

(Ceci a été écrit après la publication des expériences de Clerc). « Le chancre le plus récent n'est jamais réinoculable au porteur (3) ».

Enfin en 1873 il dit : « Le chancre infectant est parfois réinoculable ; la lésion de réinoculation apparaît, après une incubation moyenne de 14 jours (4 au minimum et 26 au maximum), sous forme d'une saillie papulo-tuberculeuse sèche, puis squameuse, soit d'un petit chancre ulcéré, papuleux ».

Diday (4) dit dans une annotation de son histoire naturelle :

« Les mots « avant la vérole faite », signifient pour moi, au moment où la lésion primitive apparaît, l'intoxication est décidée, mais non réalisée ; elle est dès lors immanquable. Mais elle n'est pas encore complète. L'on comprend ainsi, comment la lésion primitive, le chancre à sa première période à l'état naissant est inobortible, mais sans pour cela devoir être réputé absolument irréinoculable ».

(1) Recherches expérimentales et cl. sur la syphilis page II (1861).

(2) *Gazette médicale de Lyon*, 31 oct. 1856.

(3) *Annales dermat. et syphil.* 1873-74.

(4) *Hist. nat.* page 234.

Clerc (oct. 1855), croit que le malade qui porte un chancre infectant est diathésé ; il l'est peut être avant l'apparition de ce chancre, et de l'avis de tous peu de jours après sa manifestation. Son chancre reste solitaire précisément à cause de cet état diathésique précoce.

« Si cette interprétation du chancre solitaire infectant est vraie, il doit en résulter forcément cette conséquence : sur un malade qui porte un chancre infectant, si on tente une inoculation expérimentale avec son propre pus, cette inoculation doit très souvent échouer. Eh bien ! des faits déjà nombreux recueillis par nous, nous autorisent à soutenir cette proposition. Lorsqu'un malade porte un chancre infectant depuis peu de jours, si on l'inocule à la lancette avec le pus de ce chancre, dans la grande majorité des cas l'inoculation est négative. Nous avons cependant obtenu des inoculations positives....

« Nous pensons (1) à présent, que ces inoculations itératives seraient moins souvent négatives, si elles étaient pratiquées plus près du début du chancre infectant.

« Cependant, en admettant que l'immunité n'existe pas encore dès la naissance du chancre, elle ne tarderait pas à se constituer, et ce n'est que les premiers jours avant le développement d'une adénopathie notable, que le chancre serait réinoculable ».

Pour *Leloir* (2), le chancre au début semble être un foyer local ; mais ses racines le sont aussi. Or, comme ces racines peuvent être fort nombreuses et étendues, comme nous

(1) Dlday, Hist. natur. page 234

(2) Leçons sur le chancre.

ne savons pas d'une façon précise l'époque à laquelle elles se développent, il est difficile de dire où s'arrête l'infection.

Hunter lui aussi admettait la réinoculabilité du chancre ; mais à son époque, on confondait le chancre syphilitique et le chancre mou. Il ignorait le chancre mixte.

Hairion (de Louvain) constatait expérimentalement que sur 85 chancres, 35 seulement étaient réinoculables aux différentes périodes de leur évolution ; or cette proportion répondrait à celle du chancre syphilitique et de la chancrelle.

Bassereau nie la réinoculabilité du chancre.

Bumm (1882) dit qu'en inoculant de bonne heure et loin du chancre primitif, on pourra obtenir des résultats positifs.

Jullien (1886) dit que dans les premiers jours de l'évolution chancreuse, l'infection générale n'est pas faite et l'inoculation positive serait alors possible.

Pour *Neumann* le corps est infecté avant même l'explosion des accidents généraux.

Kaposi dit à propos du cas de *Neumann* (voir l'observation N° 28).

« L'inoculation expérimentale du virus chancreux ne réussit pas toujours, le virus syphilitique peut être transporté loin, mais on ignore pendant combien de temps cela est possible ; vraisemblablement la contagion donnant lieu à des scléroses ne peut se produire qu'avant l'infection syphilitique générale ».

Pour le P^r *Fournier* « il résulte d'un certain nombre de faits que le syphilitique jeune a pu quelquefois déterminer par contamination, des lésions analogues à ce qui est le chancre syphilitique.

De tous les auteurs c'est *Sperk* qui est le plus affirmatif. Il dit en substance :

« Nous abordons maintenant l'analyse détaillée de faits bien établis concernant la syphilis, que nous donnent d'une part l'observation clinique et d'autre part les inoculations expérimentales.

« Le chancre induré ne s'inocule pas à son porteur c'est-à-dire l'organisme est réfractaire à l'inoculation avant l'apparition des phénomènes généraux. »

Voyons maintenant ce que nous enseigne l'expérimentation.

Pontoppidan qui a fait un travail très documenté sur cette question, conclut comme suit dans un article paru dans les *Annales dermatologiques et syphilitiques* (à l'adresse de M. Barthélémy) :

« Cescas (ses expériences), dit-il, se ressemblent tellement, sont si typiques qu'on peut les résumer sous un paradigme : Une inoculation pratiquée sitôt que le moment coïncide avec l'apparition de la première induration naissante, encore un peu douteuse, donne pour résultat après une période d'inoculation de 2 à 3 semaines pendant laquelle nulle réaction ne s'est manifestée, de petites papules rouges, à peine sensibles d'abord dont l'apparition précède toujours l'explosion des symptômes constitutionnels et qui pendant un développement qui atteint la grosseur d'un pois ou d'une fève, s'indurent à la base avec ulcération ou écaillage de la surface, pour commencer leur résolution lorsque la syphilis constitutionnelle s'est manifestée. Cette marche de la maladie prouve donc que l'organisme peut réagir dans certains cas contre une auto-inoculation syphilitique du moins jusqu'à un certain point, tout comme un organisme sain. Donc la saturation de l'organisme ne serait pas complète que dans la 2^e incubation »

Nous reviendrons sur cette question quand nous parlerons du diagnostic.

Fournier (1856) en parlant de ses expériences, faites en collaboration avec Poisson, Puche, Nadaud des Hets, conclut :

« Sur 99 inoculations une seule fut positive : le chancre réinoculé ne datait que de quelques jours ; dans le cas positif de Poisson, le chancre datait de 9 jours ».

Pour les expériences de Lée, de Robert, de Kobner, etc. je renvoie à l'article si complet de Hudelo.

Ricordi ayant réinoculé un chancre âgé de 4 jours, détermina, 27 jours après, l'apparition de papules rouges aux points d'inoculations. Ces papules s'ulcérèrent les jours suivants.

Turati (1868) réinocule, plusieurs jours après leur début, cinq chancres indurés ; 2 mois après naît une grosse papule qui s'ulcère.

Bumm cite le cas d'un sujet infecté, le 5 août, qui présente un chancre préputial le 20 août, puis 3 nouveaux chancres le 23 août. Il l'inocule à l'avant-bras le 23 août. Rougeur au point inoculé le 2 septembre, et jusqu'au 12 septembre cette rougeur s'est transformée en chancre. A partir de ce moment il regresse et le 22 septembre il a complètement disparu.

Diday (obs. de la pratique) cite les cas suivants :

Dernier coït le 19 juillet. Le 2 août des rougeurs apparaissent sur trois endroits. Le 9 ils sont à peine exulcérés ; il n'y a pas encore d'adénopathie. Ce même jour il les réinocule sur la cuisse gauche. Le 18 août on note une légère adénopathie à gauche et les exulcérations se sont prononcées et indurées ; à cette même date, on note une papule cuivrée large comme

une tête d'épingle, au point inoculé. Le 30 août, l'adénopathie gauche, la seule qui existe, a augmenté. La papule d'inoculation a gagné en étendue et son centre présente une légère desquamation blanche. Le 11 septembre, la papule d'inoculation occupe 5 mm. de diamètre ; en soulevant le bord de l'écaille on donne issue à une petite gouttelette de sérosité sanguinolente et on aperçoit une ulcération superficielle. Le 21 septembre, la papule d'inoculation pâlit en même temps qu'éclatent les phénomènes généraux.

Erik Pontoppidan a présenté les observations suivantes au Congrès de Copenhague.

1^o Coût douteux il y a 3 semaines. Le 3 février chancre probable. Le 5 février on pratique 3 inoculations sur l'abdomen ; le 13 février on note une adénopathie dans l'aîne. Le 15 février apparaissent des papules rouges d'inoculation, dont l'une se développe. Le 12 mars toutes les indurations avaient diminué, même la papule d'inoculation dont la plus grande avait au sommet une petite croûte. Roséole.

2^o Chancre douteux, pas encore d'adénopathie. Inoculation le 20 juin. Le 12^e jour, taches rouges de la grosseur d'une tête d'épingle sur les points inoculés ; le 17^e jour, elles se transforment en papules rouges, sensiblement élevées, de la grosseur d'un grain de millet. Roséole le 26 juillet.

3^o 12 août, chancre douteux : rapport douteux 10 jours auparavant. Le 2^e jour on pratique 3 inoculations sur l'abdomen. Le 11^e jour, pléiade inguinale. Le 13^e jour, sur la première inoculation petite tache rouge. Le 20^e jour, la papule d'inoculation était sensiblement élevée. Le 25^e jour, elle est de la grosseur d'un pois, dure au toucher et bombée. Roséole.

Inoculations faites après l'apparition de la pléiade, c'est-à-dire avec un chancre adulte.

C'est sur ces chancres à intervalle prolongé que les avis sont des plus partagés. Voyons tout d'abord ce qu'en pensent les syphiligraphes.

Hutchinson prétend qu'un chancre adulte n'est plus auto-inoculable. Cela lui paraît aussi impossible que de vacciner avec succès un sujet vacciné 8 jours auparavant.

E. L. Keyes croit qu'avec le chancre jeune aussi longtemps que l'organisme n'est pas infecté par le virus et vers l'époque de la réparation du chancre, quand le virus n'a pas encore envahi tout l'organisme, il soit possible de pratiquer une réinoculation. Il y a donc possibilité d'une deuxième infection d'après lui.

Bumm (1882) écrit : « En général, le chancre syphilitique n'est pas auto-inoculable parce que les expériences se font à une époque où l'infection générale est déjà produite. Si l'on prend pour l'inoculer la sérosité d'un chancre de 8 jours, le porteur est déjà à sa 4^e semaine de l'infection; le virus inoculé mettra 2 semaines à se développer, temps pendant lequel l'organisme sera complètement infecté par le premier chancre. »

Köbner a vu un chancre âgé de plusieurs semaines, ayant siégé à la partie inférieure du pénis, provoquer un chancre à la partie du scrotum en rapport avec cette partie inférieure du pénis et il ajoute que ces deux chancres ne sont pas nés par une infection datant du même jour.

Cullerier, de même que Jullien, citent des cas analogues.

Clere (cité dans l'histoire naturelle de Diday) conseille de ne rien espérer de la réinoculation d'un chancre qui s'accompagne déjà d'adénopathie.

Plus tard, Ricord et Fournier (1857), à propos de leurs 251 inoculations disent :

A la période d'état, le chancre infectant est d'une inoculation sinon impossible, du moins très difficile à obtenir au sujet qui le porte.

Le professeur Fournier écrit :

« Il est bien démontré que le chancre syphilitique bien constitué, le chancre adulte à maturité n'est pas susceptible d'être réinoculé au porteur.

Dans son traité de la syphilis enfin, il dit :

« Nous savons actuellement que le chancre est un accident tout aussi constitutionnel qu'une manifestation secondaire. Nous savons qu'il est réfractaire à l'auto-inoculation comme les lésions d'un stade plus avancé. »

Donc, d'après le professeur Fournier, le chancre n'est pour ainsi dire que le premier phénomène d'une infection qui serait déjà généralisée.

Lasch croit « qu'avant l'apparition de la roséole, il est possible d'inoculer le porteur du chancre avec la sécrétion de ce chancre. Ainsi donc, l'immunité contre le virus syphilitique se produit surtout dans le cours du stade primaire. . . .

. . . .Le plus souvent la réinoculation du chancre détermine non pas une deuxième infection, mais une provocation au développement de lésions papuleuses quelques jours avant la roséole ». Il cite le cas de Jadassohn où la cicatrisation d'un bubon ancien, longtemps fistuleux, chez un syphilitique récent, fut la cause provocatrice du développement de papules avant la roséole, autour de la cicatrice du bubon.

Le professeur Gaucher, à propos de l'observation n° 2, admet « que tant que les accidents secondaires ne sont pas parus, l'infection n'est pas complète et continue à se faire progressivement. On pourrait en conclure que l'ablation pré-

cocce du chancre pourrait être utile ; mais il n'en est rien, car si l'infection n'est pas totale elle est déjà cantonnée dans les ganglions lymphatiques où elle est inaccessible. Aussi l'extirpation du chancre n'a-t-elle donné aucun résultat.

« Ce qui prouve d'ailleurs que l'infection ne se fait que progressivement, ce sont précisément les faits, dont le cas de ce malade est un exemple, dans lesquels les sujets atteints d'un premier chancre, peuvent être inoculés et présenter un deuxième chancre 30 jours et même davantage après celui-ci. Aussi, les chancres multiples ne sont-ils pas très rares. Mais il est pourtant tout à fait exceptionnel de voir une deuxième inoculation se faire après un si long intervalle. . . .

« Pour résumer la discussion on peut admettre que la syphilis influence les plaies, mais sans toutefois produire des lésions syphilitiques sur elles. »

Voici maintenant l'avis de Haslund :

« Il faut croire que le développement de la syphilis a lieu de la manière suivante : Le poison est déposé sur un certain point de la peau et des muqueuses ; là il se fait alors une opération locale (voir Leloir) qui, au point de vue clinique, amène le chancre induré qui ne doit être regardé que comme le foyer local d'où se répand l'infection générale.

Ainsi donc, tant que le chancre induré n'est qu'un produit pathologique local, il est possible au moyen de l'excision ou de la cautérisation d'empêcher l'absorption du poison (ou l'entrée du bacille) dans tout l'organisme. Dans cette période il est possible de produire, chez l'individu lui-même, de nouvelles indurations au moyen de l'inoculation.

« Il n'est pas nécessaire que plusieurs plaies indurées existent simultanément, aient absolument le même âge,

comme on le croyait naguère encore. L'auto-inoculation de la plaie primaire aux solutions de continuité, plus ou moins voisines est possible pendant un certain temps.

« Un fait intéressant sur lequel je ne puis omettre d'appeler l'attention, c'est que le développement initial de l'inflammation primaire des ganglions n'exclut nullement l'apparition possible de nouveaux chancres. »

Charrier cite un cas semblable à celui de Köbner et de Cullerier. Pour lui le chancre syphilitique, une fois apparu, peut se réinoculer ou bien être réinoculé, soit accidentellement, soit volontairement, soit par contact, soit par transport du virus à distance.

Il semble donc, ainsi que beaucoup d'auteurs le professent, que le chancre, une fois apparu, ne confère pas encore l'immunité complète.

Enfin Hudelo, dans son intéressant article que nous avons déjà mentionné souvent, conclut comme suit :

« L'immunité syphilitique qui se constitue dès l'inoculation du chancre peut faire défaut dans les premiers jours de ce stade et même faire complètement défaut pendant toute la durée.

« Une fois le chancre apparu, l'immunité est constituée, toutefois exceptionnellement et jusqu'à ce que l'adénopathie se soit constituée, l'immunité peut manquer, ainsi que le prouvent les observations de chancres successifs survenus chez un même individu. »

Ces opinions que nous venons de citer s'appuient sur la clinique et sur l'expérimentation.

Expérimentation. — Les auto-inoculations de l'anonyme du Palatinat sont toutes restées stériles. De même que celles de Neumann, de Boerensprung, de Mauriac, etc.

M. Queyrat a obtenu de larges papules, mais il ne les considère pas comme des chancres.

Bidencap cite un cas positif (1) :

1 chancre, 3 semaines après le coït ; adénopathie inguinale. Il réinocule ce chancre adulte du 9-12 janvier. Nouvelles inoculations du 12-17 janvier (après avoir fait suppurer le chancre). Le 5 février, on voit, sur les inoculations faites du 15-17 février sur la poitrine, des papules saillantes, rouges qui bientôt s'accompagnent d'adénopathie axillaire.

Enfin la clinique nous fournit les observations du P^r Gaucher. Il y en a d'autres, mais ils ont trait aux chancres du même siège et nous les passons sous silence.

A quelles échéances après le premier chancre, se produisent les éclosions chancreuses successives ? Le P^r Fournier résume ainsi la question : « Dans l'immense majorité des cas, du 1^{er} au 7^e jour. Bien plus rarement, elles n'entrent en scène qu'au cours de la fin du deuxième septenaire qui suit l'éclosion ou l'accident. Enfin, l'invasion de ces chancres successifs peut-elle se faire plus tard encore ? Oui s'il faut croire certaines observations d'après lesquelles elles ne se seraient produites qu'après 17-25 jours, mais les observations de cet ordre sont encore en trop petit nombre (2) pour n'être acceptées que sous bénéfice d'inventaire. Je me garderai de les récuser bien que n'en ayant pas encore rencontré ».

Voici maintenant ma statistique d'après mes observations. Dans 39 observations il n'y a aucun renseignement à cet égard.

(1) *Gazette hóp.*, 1864, page 545.

(2) Page 197 et suivants.

Dans l'observation 32 (Feuillard), il y a la mention « successifs » ce qui donne un minimum de différence de 3 jours.

Les chancres contemporains sont les cas des observations 4 (Feuillard) ; 6 (Klotz) ; 41 Morel Lavalée).

Voici maintenant les chancres successifs : elles s'appliquent aux observations suivantes : 26, 16, 48, 19, 9, 10, 12, 46, 50, 11, 31, 8, 27, 1, 32.

Il serait intéressant de noter l'état des ganglions satellites, pour tous les chancres successifs ; mais malheureusement les observations ne sont pas toujours complètes sauf quelques exceptions.

Dans l'observation 26 (Danlos) on note une adénopathie inguinale ; une adénopathie sous mentonnière ; une forte adénopathie sous maxillaire.

Dans l'observation 40 on note des ganglions satellites pour tous les chancres.

Dans mon observation personnelle on note également les ganglions satellites, mais malheureusement je suis resté sans renseignement sur l'échéance d'apparition des accidents.

Dans l'observation 25 (Druelle) tout a été noté. De même, dans celle du Pr Gaucher. Il serait encore intéressant de noter combien de temps après ces chancres ont éclaté les accidents généraux. Dans l'observation Gaucher-Lacapère on note 4 jours et dans celle de Charmeil il y a 17 jours.

Echéances d'éclosion d'après mes observations

OBSERVATIONS

25 (Druelle).....	6 jours
26 (Danlos).....	10 jours
16 (Queyrat).....	10 jours
48 (Respighi)	10 jours
19 (Charmeil)..... +	12 jours
9 (Oh. Dum).....	15 jours
10 (Ohm. Dum).....	15 jours
12 (Queyrat).....	15 jours
46 (Barthélémy).....	15 jours
50 (Wallace).....	15 jours
11 (Lasch)	3 semaines
31 (Jullien).....	3 semaines
8 (Barowsky).....	4 semaines
27 (Gaucher).....	4 semaines
1 (Gaucher).....	4 semaines
32 (Peter).....	4 semaines

L'observation 40 (Thibierge) se résume ainsi :

1 chancre de la grande lèvre gauche

1 chancre du col de l'utérus : date inconnue

1 chancre de la petite lèvre : 2-3 jours après celui de la gr.
lèvre

1 chancre du menton : 6 jours après celui de la gr. lèvre.

L'observation 26 (Danlos) peut se résumer ainsi :

3 chancres de la verge } contemporains
1 chancre sublingual }

1 chancre de la lèvre inférieure } 10 jours après (ils sont plus
1 chancre de la verge } petits que les précédents.

1 chancre du méat : date d'apparition inconnue.

Inoculations expérimentales.

Incubations des chancres	Inoculation	Différence d'apparition	A l'apparition du 1 ^{er} chancre le 2 ^e chancre incubait depuis :
BUMM. — 10 jours-20 jours	contemporaine	10 jours	10 jours
LINDWURM. — 19 jours-29 jours	à 2 jours d'intervalle	5 jours	17 jours
WALLACE. — 20 jours-14 jours	à 12 jours	6 jours	9 jours

D'après cette statistique on peut réinoculer un sujet qui est dans son 17^e jour d'incubation.

Réinoculations expérimentales.

1 ^{er} chancre		Réinoculation	
Incubation des premiers chancres	Date d'apparition	Age du 1 ^{er} chancre	Incubation des seconds
BUMM. — 18—15 jours	à 3 jours d'intervalle	2 jours	10 jours
		4 jours	27 jours
RICCORDI.		chancre jeune	11 jours
PONTOPPIDAN.			

D'après cette statistique, on peut réinoculer un chancre âgé de 4 jours et ce chancre pourra incubé 27 jours comme c'est le cas normal.

Chancres successifs du même siège (voir page 12 notice).

HASLUND. — 1 ^{er} chancre le	30 mai	} vraisemblablement coïts différents
2 ^e chancre	5 juin	
3 ^e chancre	8 juin	

nouveaux chancres 19 juin, vraisemblablement par auto-intoxication.

Du CASTEL. — 2 cas semblables (voir notice de la page 12).

MAURIAC. — 1^{er} chancre, 17 jours après un premier coït. Incubation 17 jours.

2^e chancre, 24 jours après un premier coït 24 jours.

Mais ce malade accuse un autre coït 3 jours avant le premier chancre, c'est-à-dire au 14^e jour d'incubation. Le 2^e chancre peut donc provenir du 2^e coït après une incubation de 10 jours.

LASCH. — Trois coïts suspects le 3, 23 janvier et le 3 février.

2 chancres	8 février	} infection vraisemblablement due à des coïts différents.
2 chancres	11 février	

nouveaux chancres 25 février vraisemblablement par autoinoculation.

FEULARD XXII.

Deux chancres de la région du coude droit, un chancre de la région du coude gauche, chacun développé sur des surfaces exzémateuses.

Cet homme étant entré dans le service pour eczéma scabieux des 2 bras et fut traité par l'enveloppement; quelques jours avant sa sortie on constata des bubons au milieu des rougeurs exzémateuses, mais ils passèrent à peu près inaperçus. Un mois plus tard le malade revenait porteur d'une roséole des plus nettes. On trouva des ganglions à l'épitrochlée et à l'aisselle et aux régions précédemment indiquées de vestiges indubitables de chancres.

Comment s'est faite ici la contagion? Il est probable que les lésions de l'eczéma ont servi de portes d'entrée et il est possible en raison de la symétrie des chancres que le malade se soit contaminé en s'appuyant sur une table souillée de virus. En tout cas, la chronologie montre que la contamination s'est faite à l'hôpital.

(Présenté à la Société en 91).

RESPIGHI. — *Triplo sifoma iniziale estragenitale.*

(*Bolletino della Societ. med Pisana* 1895, fasc 2).

Femme de 42 ans, présentait une éruption généralisée de syphilitides secondaires. Pas de chancre au niveau de la cavité buccopharyngée. A la dernière phalange des deux pouces et de l'index gauche, amas croûteux brunâtre, opaque et informe recouvrant une tache d'un rouge livide, saillante, irrégulière, de consistance inégale, sans solution de continuité des téguments, tuméfaction des ganglions axillaires qui ont le volume d'une noisette. L'éruption cutanée remonte à 25 jours. La lésion de l'index droit s'était développée six semaines auparavant et celle des pouces 10 jours plus tôt. La malade dont la main ne présente aucune manifestation syphilitique avait lavé 21 jours avant le début des lésions de spouces, des linges d'une de ses voisines qui venait d'accoucher d'un enfant mort peu après sa naissance et qui était elle-même atteinte de syphilis ainsi que l'auteur a pu le constater. (S. Thibierge).

BAROWSKY. — *Société de l'hôpital militaire de Kieff.*, sept. et oct. 93.

Le malade présente sur la muqueuse de la lèvre supérieure une fissure superficielle siégeant sur une base indurée, du volume d'une noisette. Les ganglions sous-maxillaires et préauriculaires sont fortement engorgés. En même temps on trouve un chancre induré, type sur le frein du gland avec engorgement des ganglions inguinaux et axillaires, enfin une roséole confluyente couvre le corps et les membres. Il s'agit d'un accident primitif double.

D'après le malade, le chancre labial est le premier en date, le chancre du gland n'a apparu qu'au bout d'un mois. Il affirme que l'inoculation du gland est due à la salive transportée par les mains. Quant au chancre labial il serait dû à l'inoculation par un objet quelconque.

BAROWSKY, n'admet pas les déclarations du malade, car d'après nos connaissances l'apparition du 2^{me} chancre, un mois après le premier est impossible. Il pense plutôt que le malade a eu des rapports sexuels avec une femme syphilitique qu'il a embrassée d'où inoculation simultanée à la lèvre et au gland et apparition de deux chancres, on peut à la rigueur admettre que le chancre labial a apparu le premier ; ou bien qu'ils ont apparu simultanément, mais celui de la lèvre aurait le premier attiré l'attention.

OBSERVATION DE MOREL-LAVALLÉE.

La femme Julienne B..., nourrice vient consulter le 14 juin ; voici ce qu'elle raconte.

Le 5 mars elle a pris un nourrisson âgé de 2 jours. Vers le 15 avril, celui-ci alors âgé de 42 jours a du coryza, des écorchures à la bouche et à la langue. Un médecin consulté croit avoir affaire à une affection catarrhale aiguë. Cependant le coryza devient purulent ; le corps de l'enfant se couvre d'une éruption boutonneuse, il dépérit ; le 30 avril sur le conseil du médecin la nourrice renvoie le baby à sa famille.

Mais vers le 15 mai, elle constate sur son mamelon droit une petite gerçure et presque en même temps un petit bouton à l'extrémité de la paupière supérieure, près de la commissure externe. ce n'est donc qu'un mois après qu'elle vint à Saint-Louis.

recouvert son centre par un enduit diphtéroïde très adhérent, la base nettement indurée, permettent de conclure au diagnostic de chancre syphilitique.

Dans la région sous-maxillaire gauche on trouve une grosse adénite dure dont la pression est un peu douloureuse. Il existe également un ganglion dur mais indolent dans la région rétro-mentonnière.

Sur le flanc et la poitrine apparaissent d'assez nombreuses macules de roséole qui en certains points revêtent un aspect légèrement ortié. Cette éruption n'est nullement prurigineuse et jusqu'ici le malade n'a pas eu notion de son existence. Actuellement on ne voit ni accident muqueux ni alopecie. Le malade a refusé de venir avec sa femme.

GAUCHER et LACAPÈRE.

Société française de Dermat. et syph. ; 6 février 1902, page 155.

Le 14 janvier 1902 se présente à notre consultation dermatologique de Saint-Antoine, envoyé par notre collègue M. Vaquez, un homme de 75 ans porteur d'une tumeur de la peau située sur le bord droit du maxillaire inférieur, immédiatement en arrière du menton.

Cette tumeur d'un rose assez pâle, saigne au moindre contact. La surface exulcérée papillomateuse et tomenteuse, présente encore quelques poils blancs. La base de l'ulcération est d'un rouge plus foncé et par places se recouvre de croûtes formées par une sérosité que l'on voit suinter à la surface de la tumeur.

Cette tumeur, du volume d'une grosse noix, repose sur une induration, mais elle est parfaitement mobile sur les plans profonds. Elle est toujours restée absolument indolente.

Les ganglions sous-maxillaires, préauriculaires et sterno mastoïdiens du côté droit sont engorgés légèrement. Ils sont durs, roulant sous le doigt mais sont absolument indolents.

En résumé cette lésion présente l'aspect d'un épithélioma cutané typique à la période d'ulcération et ce diagnostic serait posé d'une façon certaine sans les autres manifestations cutanées présentées par le malade.

Nous constatons après l'avoir fait déshabiller, l'existence d'une roséole indiscutable occupant le thorax et l'abdomen. S'agit-il donc d'un accident primitif de la syphilis, d'un chancre d'aspect tout à fait typique ! C'est l'avis du Dr Vaquez et la date d'apparition des accidents paraît en effet tout en faveur de cette hypothèse.

Mais en continuant l'examen du malade, nous voyons qu'il est encore atteint de balanite et de phimosis et nous constatons au milieu de l'inflammation générale du prépuce une induration sous-préputiale cartilagineuse du côté droit. Il existe une adénopathie inguinale double, particulièrement marquée à droite, constituée par une pléiade de ganglions dont l'un est beaucoup plus volumineux.

Il est incontestable qu'il y a là une cicatrice de chancre induré préputial et 2 hypothèses peuvent-être soulevées.

Ou bien il s'agit de deux chancres l'un à la verge, l'autre au menton, suivis de roséole, ou bien il faut admettre la coexistence d'une syphilis avec épithélioma de la face.

Voyons les renseignements que va nous donner le malade sur la filiation des accidents.

Les derniers coïts remontent l'un au 3 août, l'autre à la fin de novembre 1901.

Son attention ne fut appelée du côté de la verge que vers le 18 décembre, date à laquelle il ressentit une légère cuisson en urinant.

La tumeur de la peau de la face ne remonte pas à une époque plus ancienne. Le malade aurait écorché avec le rasoir un petit bouton qui aurait pris bientôt une extension considérable et aurait atteint en 10 jours le volume que la tumeur présente maintenant.

Enfin c'est vers le 20 ou 22 décembre qu'il reconnut l'existence de la roséole, ce qui place approximativement à 5 semaines avant c'est-à-dire au 15 novembre le début du chancre préputial méconnu. Le coït infectant serait donc celui du 3 oct.

Le développement extrêmement rapide de la tumeur qui en 10

jours atteint le volume d'une grosse noix semble bien peu le fait d'un épithélioma. Mais d'autre part il s'agit d'un chancre extra-génital, cette auto-inoculation précédant seulement de 2 3 jours l'apparition de la roséole n'est-elle pas inadmissible ? Et le sujet infecté par le virus syphilitique n'était-il pas à cette époque immunisé d'ores et déjà contre une infection ultérieure ?

Le 5 février l'éruption de la roséole a presque disparu complètement et la tumeur de la face a diminué de moitié. De plus elle est nettement en voie de cicatrisation et cette amélioration rapide sous l'influence du traitement nous paraît tout en faveur de la nature syphilitique de lésion.

BARTHÉLÉMY (*Cas Gaucher Lacapère.*)

Il rappelle que Pontoppidan dans la région sous-ombilicale du moins n'a plus eu de résultats positifs, à partir du 15^e jour. Il semble donc que 1 mois soit trop long pour qu'il puisse être question de chancres successifs. Il ne semble donc pas que l'infection graduelle et régionale puisse tant tarder avant d'arriver de la zone génitale, à la zone faciale.

De plus, cette lésion est volumineuse, saillante, indurée ; il s'agirait d'un chancre violent or l'adénopathie n'existe déjà plus ; elle a été relativement légère et transitoire tout à fait disproportionnée avec celle qui dans l'aîne gauche a accompagné le chancre de la verge, je sais bien que chez les vieillards, les adenoses ont souvent été signalées minimales ; mais alors elles sont minimales partout où est le chancre.

Sans doute, il est anormal de voir des syphilomes apparaître avant (ici 4 jours) la roséole, quand celle-ci apparaît dans les limites habituelles ; pourtant il y a bien des cas où chez les sujets âgés précisément et chez les alcooliques, il y a en même temps que la roséole, des syphilides papuleux et quelquefois il y a des papules géantes disséminées (plaques de la peau de Besnier) coexistant parfois avec la roséole ou la dénarrant, ou la remplaçant. On sait d'ailleurs que les petites papules sèches du cuir chevelu sont très

fréquentes. Pourquoi donc ici à la face ne s'agirait-il pas d'une syphilome précoce déjà secondaire, d'une papule chancreiforme, prenant même comme il arrive souvent autour de la bouche, un aspect saillant et végétant.

Jullien, à propos de l'observation Gaucher Lacapère, s'exprime ainsi :

Je suis porté à penser que la petite plaie faite avec le rasoir, a joué un rôle d'appel pour la localisation virulente en créant dans la région ce que Tarnowsky réalisait par la cautérisation provocatrice et ce qu'on appelait au temps de Verneuil un *locus minoris resistentiæ*. Une lésion traumatique peut en effet dans certaines circonstances se syphiliser pour ainsi dire et prendre le caractère d'un ulcère spécifique. Chez ce malade, je n'ai pas trouvé de ganglions du voisinage ; cette particularité vient tout à fait à l'encontre de l'opinion soutenue pour M. Gaucher et me paraît corroborer celle que je viens de vous exposer ; la plaie du malade n'a été l'objet d'aucun soin, elle a dû subir la souillure des pyogènes avant de se transformer en ulcère syphilitique, de plus, c'est un homme fort âgé dont la nutrition défectueuse était faite pour favoriser toutes les contaminations.

Cas personnel, x 19 1/2, garçon maçon : consult. hôp. St-Louis
Parents bien portants.

Pas d'antécédents personnels.

Sur 12 frères et sœurs, cinq sont encore vivants.

Les deux frères aînés sont morts ; les 4 suivants et les deux derniers enfants sont encore vivants.

Il y a huit jours, X a senti la glande sous maxillaire un peu douloureuse. Deux jours après, il s'aperçoit des ulcérations labiales qui peuvent avoir le volume d'une lentille.

Il vient consulter aujourd'hui pour le bouton de la lèvre. Actuellement il présente : 1° sur la partie muqueuse de la lèvre supérieure, une lésion légèrement exulcérée, arrondie, de la largeur d'une pièce de 50 centimes ; centre irrégulièrement diphtéroïde avec une cocarde rouge à la périphérie. Cette lésion empiète un

peu sur le côté gauche, et sa base est légèrement indurée ; elle saigne facilement.

Adénopathie considérable à gauche. On sent une grosse glande du volume d'une petite noix sous l'angle de la mâchoire gauche, et elle est un peu douloureuse à la pression. La déglutition ne provoque pas de douleur. Rien sur l'amygdale.

Comme nous regardons, de parti pris, les organes génitaux de tous les malades atteints de chancres extra-génitaux, nous faisons baisser le pantalon à notre malade et nous voyons alors :

v.) Un deuxième chancre à la racine de la verge et à gauche. Il est recouvert d'une croûte très adhérente. L'enlèvement de la croûte est très douloureux et on voit à la périphérie une sérosité limpide qui devient d'un rouge de plus en plus foncé, signe sur lequel Du Castel appelle toujours l'attention, le 2^e chancre est large comme une pièce de 20 centimes.

On sent quatre ganglions qui roulent sous le doigt, dans l'aîne gauche ; ils sont du volume d'un haricot, ils sont durs et indolents.

Céphalée vers 8 h. 1/2 du soir, huit jours avant l'apparition du chancre.

Deux ou trois jours avant le chancre, le malade avait des épistaxis qui survenaient à toute heure. Aux dires du malade, elles auraient duré 8-10 jours. A l'inspection simple des narines, on ne voit pas de chancre nasal.

Etiol. — Le malade ne peut donner aucun renseignement sur l'apparition des chancres. Coût normal il y a environ trois semaines.

Il avoue seulement avoir embrassé la femme, puis le coït.

Actuellement il n'y a ni roséole, ni plaques, ni aucune autre manifestation secondaire.

Le malade qui m'a promis de revenir aux consultations du mercredi, n'a plus été revu.

THIBIERGE (service de l'hôpital Broca).

C ..., âgé de 44 ans, facteur à la compagnie d'Orléans — sujet lymphatique.

Sur 5 enfants, les deux premiers sont morts à 8 et 22 mois de méningite tuberculeuse, il y a 18 et 20 ans.

La femme du malade n'a jamais rien eu et ne présente aucune lésion actuellement.

Maladie actuelle (C. n'a jamais été malade antérieurement).

1^o *Début*. — Le 25 déc. le malade remarqua dans l'aîne plusieurs petites tuméfactions dures, roulant sous le doigt, peu douloureuses à la pression. Seulement quelques jours après, le malade constata sur la face antérieure de la cuisse droite à l'union des 2/3 inférieurs avec le 1/3 supérieur, un petit bouton de la grosseur d'une lentille, causant un très léger prurit. Le malade ne peut fournir aucun renseignement au sujet de l'étiologie de ce bouton. Pas de rapports en dehors de ceux qu'il a avec sa femme, qui au dire du malade n'a aucune lésion. Quatre à 5 jours après, le malade s'aperçoit qu'il porte sur le scrotum et à droite près de l'insertion de la verge un bouton dont il ne peut définir la forme.

L'évolution de ces deux lésions s'est faite normalement sans douleur.

2^o *Actuellement* on remarque sur la face interne de la cuisse une lésion circulaire de la largeur d'une pièce de 1 fr d'une belle couleur rouge laque, d'une couleur plus jambon à la périphérie. Il n'y a pas de bords. Le tissu de cicatrice le soulève légèrement. Le centre est déprimé, jaunâtre, présentant les caractères d'infection secondaire. Autour de la lésion une cocarde rouge. La base de cette lésion est légèrement indurée. En recherchant cette induration, et en pressant cette lésion on ne fait sortir aucune sécrétion.

Petites pustules disséminées sur la face antérieure de la jambe.

Sur le scrotum à droite, on remarque près de l'insertion de la verge, une lésion circulaire de la grandeur d'une pièce de 4 sous. La couleur en est plus pâle que celle de la lésion précédente, plus uniforme, pas d'enduit de sécrétion. Bords régulièrement soulevés, base d'induration assez volumineuse. Dans les aines, surtout à droite, ganglions inguinaux et cruraux, petits, durs, mobiles, roulant sous le doigt, même à la pression.

3^o *Roséole*. On remarque, disséminées partout le dos, des lésions de roséole papuleuse, disparaissant sous le doigt. Aux hanches ces éléments sont ronds, papuleux, plus réguliers, plus rares, affectant

légèrement la forme des plaques cutanées. La roséole descend en arrière jusqu'au scrotum, en avant elle arrive à l'ombilic. Quelques petits éléments disséminés sur les bras. Rien sur les jambes. A la date du 30 janvier, il n'y a pas d'autres lésions.

Chancres bipolaires

2 chances

P ^r GAUCHER.....	1	•	•
J. KLOTZ.....	2	•	•
MOREL-LAVALLEE...	3	•	•
FEUILLARD.....	4	•	•
id.	5	•	•
P ^r FOURNIER.....	6	•	•
KLOTZ.....	7	•	•
BAROWSKY.....	8	•	IV.
OHMANN-DUMESNIL...	9	•	→ 15.
id.	10	•	→ 15.
LASCH.....	11	•	III ←
QUEYRAT.....	12	•	15.
id.	13	•	8.
id.	14	•	→ 8.
id.	15	•	•
id.	16	•	10 ←
FEUILLARD.....	17	•	•
HERNET.....	18	•	•

ORGANES GÉNITAUX

LÈVRES

LANGUE

AMYGDALÉ

MENTON

Chancres à la fois génitiaux et extra-génitiaux

2 chancres

P ^r GAUCHER					
LACAPÈRE... 27	30	.			
LAULIER..... 28	.	.			
NEUMANN... 29	.	.			
THIBERGE.. 30	.				
JULIEN 31	III				
PETER..... 32	IV				
FEULARD ... 33	successif	doigt			
HUMBERT ... 34	.	doigt			
HOTÉLOUP.. 35	.				
THIBERGE.. 36	.				
P ^r FOURNIER 37	.				
<u>3 chances</u>					
FEULARD ... 38	.				
QUEVRAU ... 39	.				
<u>4 chances</u>					
THIBERGE... 40	.				

Chances extra-général

ORGANES GÉNITAUX

COL UTÉRIN

MENTON

OEII.

MEMBRE SUPÉRIEUR

SEIN

MEMBRE INFÉRIEUR

TRONC

JOUE

Cov

LÈVRES

AMYGDALÉ

CHANCRES BIPOLAIRES

CHANCRES EXTRA-GÉNITAUX

CH. GÉNIT. et EXTRA-GÉNIT.

2 chances à la fois

18 6 11 = 35 cas = 70 %

3 chances à la fois

3 2 2 = 7 cas = 14 %

4 chances à la fois

2 2 1 = 5 cas = 10 %

5 chances à la fois

1 — = 1 cas = 2 %

6 chances à la fois

1 — = 1 cas = 2 %

7 chances à la fois

1 — = 1 cas = 2 %

50 cas

Chancres extra-génitaux (FOURNIER)

Chancres de sièges multiples

		BIPOLAIRES	EXTRA-GÉNITAUX	GÉN. EXTRA-GÉN.	
ORGANES GÉNITAUX.		33	47.1	17	53.1
LÈVRES.....	56.25 %	26	37.1	3	11.5
LANGUE.....	7.44 %	8	11.4		
MEMBRE SUPÉRIEUR.	7.75 %			11	42.3
AMYGDALE.....	6.84 %	2	2.9	1	3.8
SEIN.....	5.85 %			4	15.3
MENTON.....	5.36 %	1	1.4		
OEIL.....	4.8 %			2	7.7
JOUE.....	2.38 %			1	3.8
COU.....	1.39 %			1	3.8
MEMBRE INFÉRIEUR.	1.39 %			3	11.5
TRONC.....				2	6.2
					100.00

Chancres génitaux uniques..... 71.22 %
 Chancres génitaux multiples..... 24.51 %
 Chancres extra-génit. uniques... 3.31 %
 Chancres extra-génit. multiples
 du même siège..... 0.35 %
 Chancres bipolaires..... 0.32 %
 Chancres génit. et extra-génit.... 0.17 %
 Chancres extra-génit. de sièges
 multiples..... 0.12 %

Nivet et Hulot ne citent pas de chancres de sièges multiples.

Sur 135 malades (présentant 151 chancres extra-génitaux), Feulard en a vu 24 présentant des chancres de sièges multiples.

Sur 45 malades (présentant 49 chancres extra-génitaux), Morel Lavallée en a vu 4 présentant des chancres de sièges multiples.

Ces statistiques réunies donnent 15.31 de chancres extra-génitaux.

0.33 bipolaires (comme dans la statistique Gaillard).

0.41 extra-génitaux purs de sièges multiples.

0.33 génitaux et extra-génitaux.

En réunissant les statistiques de Feulard, de Morel-Lavallée, de Gaillard, Lafosse, Papegaey aux miennes, on peut approximativement dresser la statistique suivante :

Etiologie

Cas	Chancres
KLOTZ. — Baiser, coït	lèvre, pénis
M. LAVALLÉE. — Origine vénérienne	menton; fourreau
BAROWSKY. — Objet quelconque, salive (autoinoc.)	lèvre, pénis
QUEYRAT. — Osculation	langue, pubis
DRUELLE. — Coït linguo-vulvaire puis coït normal	langue, lèvre, pénis
BARTHÉLÉMY. — Un médecin ayant un chancre labial s'est probablement réinoculé en faisant le pansement de son lupus à la cuisse	lèvre et cuisse
FEUL. — Baiser maternel	
M. LAVALLÉE. — Contaminé par un nourrisson	œil et sein
FEULARD. — Contaminé à l'hôpital. Le malade était atteint d'eczéma scabieux	2 coudes
MORE LAV. — Morsure dans une rixe	joue, doigt
M. LAVALLÉE. — Chancres vaccinaux	aux bras
RESPIGHI. — La malade a lavé du linge d'une voisine syphilitique, accouchée d'un enfant syphilitique	2 pouces et index
WALLACE. — Chancres expérimentaux puis sans doute transport du virus par grattage	cuisse et bras
THIBIERGE. — Coït et sevrage d'adulte	sein et grande lèvre
CANNET. — Contage directe par plaques muqueuses buccales	2 seins et lèvre.

DIAGNOSTIC ET PATHOGÉNIE

Il est à envisager sous 3 aspects différents :

1° Au point de vue prophylactique.

2° Au point de vue pathogénie (Discussion).

3° Au point de vue clinique (Différentiel).

Si j'attache une importance au diagnostic au point de vue prophylactique c'est que comme le fait remarquer avec juste raison M. Queyrat, les médecins considérèrent trop souvent la multiplicité des chancres comme une apanage presque exclusif du chancre mou.

Le Pr Dieulafoy dit dans son Manuel de Pathologie interne : (1) « Le chancre syphilitique est presque toujours

(1) Tome IV, page 384, édition 1897.

unique. « Beaucoup de médecins qui n'ont pas lu de traités spéciaux l'admettent sans contrôle (1) et le Pr Queyrat en cite un exemple typique : un négociant d'une grande ville de l'Est venait me consulter l'an dernier dans les circonstances suivantes : il était sur le point de se marier et pendant les périodes de fiançailles étaient apparu 3 chancres du fourreau et du sillon. Le médecin l'avait néanmoins engagé à continuer sa cour et l'avait autorisé à se marier lorsque les chancres seraient guéris. « Puisque les chancres — lui écrivait-il — pour calmer ses alarmes sont au nombre de 3, il ne peut s'agir que de chancres mous, le chancre syphilitique étant toujours solitaire : vous ne risquez donc rien ».

Nous verrons ce qu'il en est de la prétendue unicité du chancre syphilitique (voir statistique comparée des chancres).

Diagnostic des chancres de sièges multiples

Le Pr Fournier dit à leur propos : « Cette question est plus complexe et plus délicate qu'on ne le suppose. Elle comporte des difficultés que connaissent seulement les spécialistes et dont n'ont même pas notion les médecins qui observent en dehors des services spéciaux. Il est beaucoup plus embarrassant qu'on ne pense, de mettre l'étiquette de chancres successifs sur une lésion qui se produit à la suite et au voisinage d'un chancre syphilitique, et cela parce qu'un tel diagnostic est entouré de causes multiples d'erreurs » (2).

(1) *Soc. méd. des hôpitaux*, 30 juillet 1903.

(2) *l. c.* p. 199.

Nous commencerons par le diagnostic différentiel.

Diagnostic différentiel. — Il s'agit ici, de lésions qu'on voit en dehors de toute syphilis et qui n'ont rien de commun avec elle. Nous n'y insisterons pas longuement car nous serions obligé de passer en revue une bonne partie de la pathologie cutanée et muqueuse. Nous citerons cependant la gale qui sur la verge peut simuler quelquefois un chancre et dernièrement encore nous en avons vu un cas typique dans le service du P^r Gaucher. Ces derniers temps nous avons vu aussi un cancer de la face muqueuse des joues : il avait absolument l'aspect d'un chancre. Il avait les dimensions d'une pièce de 0.50 cent. et était apparu sur une plaque de leucoplasie. La forme papuleuse du chancre mou prête aussi à confusion.

L'herpès si fréquent chez les porteurs de chancres et qu'on rencontre aussi en dehors de toute diathèse syphilitique, une érosion de balano-postite peuvent également induire en erreur. Nous parlerons plus loin des lésions banales qui sur un sujet non syphilitique, peuvent s'indurer et prendre l'aspect d'un chancre par de simples irritation. Nous en avons vu un cas chez le P^r Gaucher.

Puisque nous avons parlé de la clinique nous allons dire quelques mots de l'expérimentation. Nous en parlerons ici au point de vue historique seulement, car nous y reviendrons dans la discussion du diagnostic.

Historique. — Hudelo dans son important article paru dans les *Annales de dermatologie* a montré que les prétendus chancres obtenus avec les auto-inoculations de lésions secondaires, ce sont des chancres mous, des pustules d'écthyma ou de gale. Nous n'y insisterons pas. Ou bien ils ont encore

obtenu des lésions d'aspect secondaire tels que des papules écailleuses, érosives, tuberculeuses.

Nous allons maintenant citer quelques auteurs.

Kuss (d'après Leloir) professait l'envahissement de proche en proche du tissu conjonctif par le virus syphilitique. D'ailleurs d'après Ranvier le tissu conjonctif n'est que l'origine du système lymphatique. Les indurations de voisinage, certains syphilomes chancrifformes plaident en faveur de cette théorie.

Neisser (d'après Leloir) croit que si les bactéries de la syphilis arrivent parfois directement dans le sang, le chancre devrait être considéré comme un premier syphilome, dont l'apparition précoce dépendrait seulement de l'accumulation plus considérable du virus en un point du tégument. Neumann dit qu'il est impossible d'identifier ces papules expérimentales, soit anatomiquement, soit étiologiquement au chancre.

Dans son *Traité sur la syphilis* en parlant de Pontoppidan, il dit encore que des chancres non recouverts peuvent par contact avec les surfaces opposées, provoquer des inflammations par l'irritation continuelle, inflammation dont la base s'indure et cela surtout vers l'époque de la roséole; ce qu'il explique par d'autres efflorescences (acné disseminata, etc.) qui changent de couleur et de consistance par le fait d'une syphilis intermittente, quand, à la suite d'une réinoculation positive et cela quand le lieu d'inoculation n'a pas provoqué de

(1) Wiener méd. Blatt.

(2) Syphilis.

trop grande irritation, il se produit une tache rouge qui atteint la grosseur d'une lentille qui augmente de volume et qui durcit avec l'apparition de la roséole, cette lésion disparaît avec la roséole. D'après lui cette lésion n'est qu'une papule syphilitique qui se distingue du chancre par sa taille et par sa dureté.

LELOIR

« J'ai été frappé de l'analogie qui existe dans certains cas entre les inoculations tuberculeuses expérimentales et ce que la clinique et de coupables expériences nous ont montré chez l'homme. Si j'osais pousser plus loin la comparaison, je dirais que le tuberculome primaire expérimental correspond au syphilome primaire, que les lymphangites et adénites partant de ce tuberculome primaire, correspondent aux lymphangites et adénites, compagnes du chancre.

« Les différences de durée dans l'apparition des accidents de ces deux maladies virulentes ne sont même pas toujours aussi grandes qu'on pourrait le croire au premier abord. J'ai souvent vu le chancre tuberculeux, première réaction du virus au niveau du point inoculé, ne se montrer qu'une huitaine de jours et plus après l'inoculation. J'ai souvent vu dans mes expériences, l'explosion de la tuberculose plus ou moins généralisée ne se montrer que six semaines et plus après l'apparition du tuberculome primaire.

« Vous voyez que dans ces conditions nous sommes loin de l'opinion de Ricord, qui faisait du chancre infectant le premier des accidents secondaires.

... A ceux qui n'admettent pas que le syphilome premier et ses racines doivent être considérés pendant un certain temps comme un accident local, à ceux qui voudraient faire du syphilome premier, le retentissement local d'un état général, nous rappellerons seulement que les lésions des différents tissus, même quand elles

étaient on ne peut plus localisées, ont été bien longtemps considérés comme des manifestations locales d'un état général et que cependant depuis quelques années personne ne peut plus nier les tuberculoses locales ».

LANG (cas Neumann).

Est d'avis dans bon nombre de cas, d'exciser le chancre si l'on suppose que la syphilis est encore localisée. Une preuve que l'excision a préservé le malade de la syphilis c'est une réinfection ultérieure, comme Jullien, Ehlers et Lang l'ont observé.

Il croit aussi que la syphilis pourrait à chaque période guérir même à l'époque de l'infection initiale. Si dans un cas on peut admettre que l'infection ultérieure provenant de la sclérose n'est pas encore réalisée, il faut l'exciser, quoique le résultat dans la plupart des cas soit négatif. En deuxième lieu, la sclérose des cordons lymphatiques peut dépendre du courant lymphatique, mais pourrait être occasionné par une maladie progressive des parois des vaisseaux lymphatiques. Ainsi il a pu sentir quelquefois des cordons lymphatiques partant des ganglions inguinaux et se dirigeant en haut sous la peau du ventre sans qu'il y ait eu des modifications sur l'abdomen. Il faudrait donc admettre une progression de la maladie contre le courant lymphatique. Il est par conséquent plus naturel de supposer une maladie à marche progressive des parois vasculaires.

Théorie de Tarnowsky.

D'après lui, une simple injection de bleu de méthylène, la cautérisation à l'acide sulfurique et d'autres excitations locales

sont capables de provoquer chez un syphilitique au début, des lésions papuleuses dures au point irrité ; il les appelle des pseudo-chancres. Pour l'auteur, c'est là même une sorte de pierre de touche pour reconnaître sur un individu une syphilis encore latente.

Dans le même ordre d'idées, Finger fait remarquer que chez les syphilitiques, les régions cutanées qui sont le siège d'une irritation, peuvent présenter des efflorescences isolées, papuleuses avant l'apparition de la roséole (V. l'observation de Jadassohn dont nous parlerons, de même qu'on peut consulter l'observation de Hallopeau et Lebert où un corset a provoqué une roséole en ceinture, de même encore les cas de roséoles et de papules du P^r Fournier dont nous parlerons plus loin).

Vérité, à propos du cas du P^r Gaucher, dit avec raison : s'il existe des plaies syphilitiques de la peau, qu'elle en est la signification et qui les syphilise ? Il fait remarquer que les plaies n'amènent pas de syphilides alors que les irritations banales en produisent.

Pontoppidan conclut de ses expériences que la période d'incubation typique sans réaction exclut l'idée d'un chancre de Clerc, et le seul moyen possible de se dispenser d'admettre comme de véritables scléroses initiales, des résultats d'inoculation qu'il a décrites, semble être de les expliquer comme symptômes d'une tendance chez les syphilitiques dans la période secondaire à faire des plaies le point de départ

(1) *Centralbl. f. chir.*, 1877.

(2) *Prager med. Wochenschrift*, 1881, n° 40.

de manifestations syphilitiques, et surtout d'une espèce de pseudo induration. Il ajoute : « Cette doctrine se soutient à peine et lorsqu'on voit comme dans ces cas des inoculations si promptement suivies de papules indurées après la période d'incubation réglementaire, il faut bien s'attendre aussi à ce que des égratignures d'épingles, après d'autres lésions accidentelles, dont il est impossible que ces individus aient été exempts, produisent les mêmes conséquences. Mais on n'a rien observé de tel.

« La seule alternative, à mon avis, c'est de regarder les résultats d'inoculation ainsi obtenus comme des chancres, peut-être avec tendance à résolution abortive parce que l'infection constitutionnelle leur dérobe pour ainsi dire le terrain. En ce cas, il y aurait quelque vraisemblance dans cette supposition, que l'infection au commencement de l'induration, s'étend, il est vrai, comme le prouve le résultat négatif de tant d'excisions bien au delà de ses limites et a peut-être déjà commencé à occuper l'étape prochaine, les glandes les plus voisines par exemple, mais que le virus n'a achevé de saturer tout l'organisme qu'à un moment ultérieur, dans la deuxième incubation qui peut avoir lieu 3 semaines après la première apparition d'induration, quoique en général l'intervalle ne soit probablement pas si long. On ne peut pourtant qualifier une pareille théorie que de supposition plus ou moins fondée, jusqu'à ce que un jour des transmissions opérées à des individus sains ou peut-être la démonstration d'un bacille de la syphilis viennent fournir une preuve plus concluante. »

M. Queyrat ne considère pas les lésions d'inoculation de Pontoppidan comme des chancres.

Nous avons vu dans son service, un malade auquel il a

réinoculé un chancre de pénis, sur le bras à l'insertion du deltoïde et après une certaine incubation il y a eu de larges papules recouvertes d'une collerette de Bielt. J'ai vu ce malade alors qu'il était déjà couvert de papules secondaires et son chancre à la verge était à peu près cicatrisé complètement. Les deux papules d'inoculation sur le bras étaient beaucoup plus larges que les autres papules, peu infiltrées, il est vrai, pas exulcérées : il n'y avait pas de ganglions dans l'aisselle : en somme, elles ne ressemblaient pas du tout au chancre adulte. Mais pourquoi ont-elles incubé comme le vrai chancre et pourquoi étaient-elles plus larges que les autres papules ? Le chancre au début n'est pas dur lui non plus, et il ne s'accompagne pas encore d'adénopathie : je le considère comme un chancre arrêté dans son développement. Voici l'opinion de *Besnier* (il s'agit du cas du *P^r Gaucher*) :

« A mon observation, les plaies proprement dites évoluent chez le syphilitique comme chez tous les autres sujets, même durant la période initiale, si elles sont soustraites aux contacts directs avec l'élément primitif ; la guérison simple des excisions pratiquées sur le chancre en témoigne.

« Si chez un syphilitique non encore arrivé à la période d'immunisation, c'est-à-dire avant la roséole, et quand le chancre initial est encore vivace, une plaie s'infecte par contact direct ou indirectement, c'est toujours de l'auto-inoculation ; si cette plaie prolifère et s'indure en se créant une adénopathie satellite, cette plaie syphilitique est un chancre et non un pseudo-chancre.

« Le chancre éteint et l'immunisation réalisée, les plaies accidentelles ou (ce que je considère comme règle) ne pré-

sentent rien de particulier ou bien elles provoquent la localisation de lésions propres à la période à laquelle est arrivé le syphilitique ».

Le Professeur Fournier (1) nous apprend que sous l'influence de certains topiques (alun, alcool, sublimé, acide phénique, azotate d'argent, cendres de pipe, etc.) les érosions les plus vulgaires s'indurent d'une façon parfois surprenante. Cela est si vrai que le Professeur Fournier conseille, en pareil cas, de ne jamais émettre un diagnostic avant d'avoir posé au malade la question suivante :

Cette lésion a-t-elle été traitée, et comment ? et en cas de réponse affirmative, ne tenir aucun compte de l'induration perçue sous la base de la lésion, car elle n'est plus bonne qu'à donner le change ; elle n'a plus en tout cas de signification pour le diagnostic.

Discussion du diagnostic. — Nous parlerons tout d'abord du chancre solitaire naissant et cela pour expliquer les chancres abortifs.

Chancre naissant : au début, il ne possède encore aucun caractère pathognomonique. Le P^r Fournier admet qu'on peut le soupçonner dès cette époque et cela par élimination. Encore un jugement en pareil cas s'appelle plutôt une « prophétie » que diagnostic. Après une incubation qui dure en moyenne 26 jours, survient une petite tache rouge qui se transforme les jours suivants, en papule lenticulaire, desquamative,

(1) *L. c.*, page 76.
L. c. page 31.

exfoliante ; puis il se forme à sa surface un exsudat croûteux qui cache l'exulcération encore au début ; il n'y a naturellement pas encore d'adénopathie.

Neumann a reproché aux chancres successifs tardifs (papules secondaires d'après lui) de s'indurer avec l'apparition de la roséole et de disparaître après elle.

D'autres opposent ce fait que ces chancres successifs tardifs ne présentent pas d'adénopathie satellite.

On admet généralement qu'avant l'éclosion chancreuse, on peut avoir une réinoculation positive. Prenons par exemple, l'échéance ultime d'après Mauriac : elle est de 15 jours avant l'éclosion du premier chancre ; donc 15 jours avant l'apparition du chancre, on peut le réinoculer et il évoluera normalement. Supposons cette opinion comme répondant à la réalité. Prenons maintenant un homme et supposons par une sorte de prescience qu'on sache qu'il aura son chancre dans 10 jours et réinoculons-le avec ce retard de 5 jours : il y aura des réactions locales et cela encore 15 jours après l'éclosion du premier chancre (puisque le terme assigné par Mauriac a été pris parce que en général les chancres successifs apparaissent à 15 jours d'intervalle), mais le 16^e jour l'incubation cessera et le chancre de réinoculation périra sur place. Est-ce qu'il n'est pas aussi raisonnable d'admettre qu'il continuera à incuber et qu'il donnera un chancre avorté ? Cela est d'autant plus admissible qu'un chancre solitaire peut encore avoir tous ses caractères cliniques, même la roséole une fois apparue.

Voyons maintenant ce qui en est de l'adénopathie satellite. Normalement, l'adénopathie survient à la fin de la première semaine ou au commencement de la deuxième (je parle de

l'adénopathie cliniquement perceptible). Ici, le chancre de réinoculation survient tard : à ce retard il faudrait encore ajouter 7 jours pour apprécier l'adénopathie qui l'accompagnera. Mais d'ici là, l'organisme a eu le temps de s'auto-immuniser : les adénopathies qui surviennent sont alors idiopathiques. Le cas du Pr Gaucher et de Lacapère est très instructif puisqu'on a noté une légère adénopathie qui a regressé les jours suivants. Comme pendant la période secondaire, la vraie adénopathie symptomatique du premier chancre regresse elle aussi, qu'y a-t-il d'étonnant à ce qu'ici (la roséole est survenue peu de temps après le deuxième chancre), la regression des ganglions encore peu développés se soit faite plus vite que la grosse adénopathie de l'aine ?

Le chancre réduit lui aussi d'après l'opinion de Tarnowsky ne devrait pas être considéré comme chancre, mais comme un accident secondaire développé à la place du chancre par une sorte d'irritation causée par la première sclérose.

Les derniers venus des chancres successifs ne sont pas forcément les plus petits, la preuve en est fournie par le malade présenté par Lesné(1), à la Société de dermatologie. Ici c'est le dernier venu qui était le plus grand, le plus ulcéré : c'est peut-être que pour ce dernier chancre il y a eu une plus grande accumulation de matière inoculée et par suite une plus grande irritation locale (v. chancre redux).

Comment aussi s'étonner que le chancre abortif disparaisse avec la roséole ? C'est le sort de tous les chancres ; pourquoi cette prétendue papule naît-elle sur la place d'inoculation

(1) Id. page 201. *V. Ann. dermat. et Et.*

après une certaine incubation ? (à moins d'admettre que les papules pour apparaître, présentent elles aussi une incubation, hypothèse qui est encore possible bien que je ne l'admette pas).

Qu'y a-t-il d'extraordinaire qu'un chancre puisse ressembler à un accident secondaire ? En somme, au point de vue histologique une papule n'est qu'un chancre en miniature. Il y a encore autre chose : un chancre muqueux arrivé à la période secondaire peut prendre absolument le masque d'une plaque muqueuse. D'autres fois, la transformation du chancre (1) consiste en une véritable absorption par les lésions secondaires développées à sa périphérie. Nous en avons vu un cas typique dans le service du Pr Fournier : il s'agit d'un enfant qui avait un chancre à la nuque, chancre qui disparut bientôt au milieu de papules secondaires et on avait une sorte de syphilis en corymbe ayant le chancre comme centre.

La réciproque est vraie également et il existe des syphiliides indurées, qui reproduisent absolument l'induration chancreuse, et cela en coïncidence avec des manifestations d'ordre consécutif.

« Ces accidents simulent quelquefois tout à fait le chancre syphilitique (2). Ils pourront être isolés, comme le chancre ; — comme lui ils seront érosifs et quelque peu saillants ; — comme lui rouges ou rosés ; — comme lui ils reposeront sur une base rénitente, dure. Neuf fois sur dix cette lésion est prise pour un chancre, et l'erreur est presque forcée ».

(1) Fournier l. c. Page 540.

(2) idem. Page 536.

On peut encore les confondre avec une syphilide secondaire précoce, dit le P^r Fournier et sur un de ses malades affecté de chancre de la rainure glando préputiale, neuf syphilides érosives lenticulaires chancriformes se formèrent sur le gland et le prépuce et devant d'une dizaine de jours l'entrée en scène de la poussée éruptive secondaire.

Lésions atypiques chancriformes. — Nous ne pouvons faire mieux que de citer le P^r Fournier (1). « Une distinction ne serait-elle pas à introduire ici entre les chancres successifs qui, très avant la période d'immunité acquise, ont toute liberté pour se développer suivant le mode usuel et ceux qui naissant plus tard sont destinés par le fait de la saturation de l'organisme à végéter, à mourir sur place? Dans cette hypothèse ne serait-ce pas à de tels chancres abortifs qu'il conviendrait de rapporter ces petites lésions érosives, qu'on voit parfois se produire au voisinage d'un premier chancre, auxquelles il est impossible d'assigner un caractère quelconque et que faute de mieux on qualifie vaguement d'érosions balaiques, herpet, etc. »

Faute d'une autre interprétation, il faudrait créer une nouvelle classe pour ces lésions hybrides : ce serait des lésions parasyphilitiques chancriformes précoces, tout comme il y a déjà des leucodermies parasyphilitiques.

Nous allons maintenant essayer d'esquisser la pathogénie de la syphilis, en supposant exact tout ce qui précède.

(1) L. c. Page 76.

Syphilis centripète

Chancre. — Diday l'a déjà comparé à la vaccine (voir plus haut) et Leloir (voir p. 51) à la tuberculose locale. L'accident primitif du charbon, la pustule maligne, ressemble aussi au chancre. On peut objecter que la pustule maligne est une maladie encore locale à preuve les guérisons spontanées ou après destruction faite à temps. Eh bien ! la même chose peut se passer pour la syphilis, ce qui prouve encore que le chancre au début n'est qu'une maladie locale.

D'abord, il peut guérir spontanément s'il faut ajouter foi à l'observation de Barthélémy (1).

D'autre part, on cite des cas de guérisons après excision du chancre, et comme exemple du genre je citerai une observation de Bumm (2).

(1) Barthélémy, *Annales derm et S.*, page 200, année 1885.

(2) Bumm. *Viertel juberscher f. Derm et 4*, 1882, page 268.

M. B. 17 ans, fille publique. Le 2 mars 78 un chancre bien limité, vernissé et dur au bord de la grande lèvre gauche. Aucun ganglion.

Le 15 mars excision de la sclérose d'après la méthode de Hunter et cicatrisation complète le 11 avril. Pas de ganglions.

Le diagnostic histologique pratiqué par le Pr Ziegler confirme le diagnostic clinique.

Elle quitte l'hôpital le 28 mai sans aucun accident mais elle se présente de temps en temps à la visite.

Elle revient pour la gale le 18 mai 79 sans présenter aucun accident syphilitique, 14 mois après l'accident premier.

On lui inocule la cuisse gauche avec la sécrétion d'un ch. syph. Le 21 mai on remarque une induration légère qui les jours suivants présente tous les caractères d'un ch. syph. — ganglions dans l'aîne correspondante.

Le 2 juin, c'est-à-dire 23 jours après la 1^{re} inoculation, on fait une réinoculation sur l'autre cuisse. Le 28 juin, légère rougeur à l'endroit inoculé qui augmente et le 6 juin il y a des ganglions dans l'aîne droite.

Le 16 juillet, roséole et adénite cervicale.

Cette observation est admise par Jullien et Lasch.

Les accidents généraux du charbon éclatent plus vite que ceux de la syphilis ; c'est sans doute que le charbon pour pénétrer dans le sang suit une route plus courte.

D'ailleurs, prenons le vulgaire streptocoque qui peut former un abcès en quelques jours et qui guérit. Comparons cet abcès fugace à l'éléphantiasis nostras également d'origine streptococcique. Nous voyons que dans cette dernière maladie, le microbe ayant pour milieu de culture le système lymphatique est retenu à l'état chronique pour ainsi dire : même en dehors de poussées aiguës, les ganglions correspondants aux régions malades sont engorgés. Cette barrière lymphatique arrête aussi pendant longtemps le microorganisme producteur de la vérole, et cela pendant à peu près 45 jours.

Supposons un sujet qui vient d'être infecté : les leucocytes cherchent à isoler le microbe ; dans leur tâche ils sont secondés par les éléments mobiles du tissu conjonctif. Ils forment une sorte de manchon périvasculaire (périartérite) destiné à barrer la route sanguine. Quelquefois, ces éléments forment de vrais bouchons à ces vaisseaux et le chancre, faute de nourriture, devient gangréneux. Dans d'autres cas, l'organisme pour se débarrasser du chancre emploie un procédé dont il se sert beaucoup plus tard : je veux parler de la gomme et du tertiarisme ; le chancre redux, qui ressemble tout à fait à une gomme, se vide comme une véritable gomme.

Le chancre syphilitique s'exulcère par la surface (exfoliation) et la guérison a lieu pour ainsi dire par un exhaussement de niveau (usure superficielle). Mais malheureusement, il a déjà pris des racines dans le tissu conjonctif.

La syphilis se répand comme une tache d'huile, à travers

tout l'organisme. Le tissu conjonctif péri-chancereux qui est déjà investi par la syphilis peut s'indurer par places et cela par une irritation quelconque (albuginite). Si cette irritation a produit une induration superficielle, elle pourra s'exulcérer et il se formera un nouveau chancre adventif, si je puis ainsi m'exprimer. Les indurations de Tarnowsky, les lymphangites syphilitiques exulcérées, les syphilides secondaires précoces chancriformes qui apparaissent une dizaine de jours avant les accidents généraux, les lésions atypiques chancriformes ne sont pas autre chose que des chancres avortés (ou des chancres adventifs).

Une preuve que l'organisme n'est pas encore immunisé pendant la marche centripète du virus, c'est que le chancre peut se reproduire sur le terrain où il a pris naissance : à plus forte raison, pourra-t-il se reproduire sur un terrain plus éloigné et en effet, cela est confirmé par l'existence de chancres successifs de sièges multiples.

Il se peut qu'il y ait de véritables papules précoces centrifuges, et cela par le phénomène général de la diapédèse et de la phagocytose dans le cas où un microorganisme spécifique entrerait prématurément dans le sang.

Dans l'introduction j'ai dit qu'on peut comparer la syphilis à la pyohémie ; Abscès local, chancre, Abscès secondaires ou miliaires, papules. En effet, qu'elle est la différence entre le chancre et les papules ? Au point de vue histologique, le chancre c'est l'exagération de la papule, mais en plus dans ce qu'on est convenu d'appeler les accidents secondaires il y a des phénomènes généraux qui entrent en scène. C'est sans doute parce que le microorganisme étant un parasite du sang est alors arrivé dans son milieu de culture favori, de même

que l'hématozoaire arrivé dans le sang provoque les fièvres intermittentes. Le microorganisme chassé du sang est rejeté dans le voisinage d'une artériole superficielle : il est chassé petit à petit par usure superficielle de la papule ; mais peut être une fois chassé du sang et dans l'intervalle compris entre cette sortie et l'apparition de la papule il y ait aussi une certaine incubation, hypothèse possible mais que je n'admets pas ; car quand on applique, par exemple, un sinapisme, l'irritation produite provoque des papules sur l'endroit où a été posé le sinapisme et cela sans incubation propre.

Les accidents syphilitiques dépendent de la diapédèse et en voici quelques preuves, la roséole a pour caractéristique de se répandre sur tout le corps, mais elle respecte les extrémités. Les éruptions secondaires papuleuses se répandent sur tout le tégument. Mais la roséole et ces papules respectent quelquefois certains territoires, et Fournier en cite quelques cas. Il s'agit par exemple de roséoles qui ont envahi toute une moitié du corps et les membres correspondants, tout en laissant l'autre moitié à peu près indemne. Il s'agit de papules qui sont devenues confluentes sur un membre oedématié alors que le membre sain en contenait à peine. On a vu des papules qui ont apparu partout excepté sur un membre atteint de paralysie infantile. Un bain sinapisé suffit également pour faire sortir une éruption.

Dernièrement encore j'ai vu une syphilis secondaire où l'éruption a respecté presque tout le tégument : il n'y avait que quelques placards ronds, formés de petites papules reproduisant pour ainsi dire la figure des terminaisons des artérioles : ceci est encore en faveur de la diapédèse.

Les papules sont constituées par une infiltration embryon-

naire périartérielle : les cellules embryonnaires peuvent provenir soit du tissu conjonctif soit des leucocytes.

Prenons le microorganisme au moment où il va entrer en virulence : les globules malades sont charriés hors des vaisseaux par la diapédèse, autour desquels ils forment une papule ; cette papule contenant le germe de la maladie s'exfolie et par cette exfoliation l'agent pathogène est peu à peu jeté hors l'organisme. Je crois que sous ce rapport on peut comparer la syphilis, à la scarlatine, à la rougeole, à la variole, à la dothiënenterie. Dans ces maladies, le contagé suit une marche vers la peau et les muqueuses, puis il est éliminé. Le contagé siège certainement dans les produits de la peau exfoliée ou dans le pus de la pustulation (variole) ; d'autre part, le contagé syphilitique se trouve certainement dans les accidents muqueux et cutanés.

Dans la variole, la scarlatine, la dothiënenterie, etc., il y a parfois des poussées successives c'est-à-dire des rechutes (je ne dis pas récidive). Les éruptions syphilitiques successives ne seraient pas autre chose que des rechutes. Seulement dans la syphilis ces rechutes passent à l'état chronique. Nous avons déjà vu à propos de l'éléphantiasis nostras qu'un microbe banal arrivé dans un certain milieu de culture peut provoquer une maladie chronique.

Comment peut-on expliquer les poussées successives ? Ou bien par le mécanisme de la pyohémie bien démontré par Metchnikoff : retour du phagocyte (chargé du microbe) dans le sang puis libération du microbe qui colonisera plus loin. Ou bien le sang charrie seulement vers la périphérie ceux des microbes (v. Niessen) ou des hématozoaires arrivés à un certain stade de leur évolution ou ce qui revient au même : le sang

charrie vers la périphérie les microorganismes redevenus virulents; quoi qu'il en soit j'attribue les cas de guérison de cette maladie à la lutte phagocytaire et à l'exfoliation consécutive des muqueuses et de la peau.

On a noté des cas de guérison avec réinoculation consécutive: cette deuxième syphilis a toujours été plus grave que la première. La même chose se passe pour la récurrence des autres maladies que nous avons déjà nommées.

La malaria qui elle aussi est une maladie chronique du sang présente aussi de ces rechutes qui comme dans la syphilis reviennent à une heure fixe de la journée. De plus, il y a aussi des périodes assez longues où la maladie reste à l'état latent. Dans l'hypothèse fort légitime où le microorganisme de la syphilis serait un parasite du sang ne serait-il pas admissible qu'au lieu d'être accolé à la surface du globule comme le pense Laveran pour son hématozoaire, il soit à l'intérieur même des globules; d'ailleurs les auteurs ont signalé des déformations des globules sanguins chez les syphilitiques.

Une chose qui est encore à noter c'est que la syphilis nerveuse chez un sujet atteint de malaria, est toujours très grave cela provient sans doute de ce que les globules sanguins sont plus éprouvés par l'association de deux microorganismes parasites des éléments figurés du sang.

Dans la malaria comme dans la syphilis, il y a diminution des globules rouges, diminution de l'hématine, etc. Ceci explique fort bien les anémies qu'on observe dans ces deux maladies. Il y a même plus: dans la syphilis on a aussi observé de vraies anémies pernicieuses. Il y a aussi des syphilis avec fièvre. D'ailleurs, dans n'importe quel cas de

syphilis est-on directement infecté par le microorganisme, ou l'est-on par l'intermédiaire des globules sanguins, globules sanguins détruits avec leur hôte, dès leur passage sur un sang autre que celui de quelques primates (liquide de Raulin et aspergillus niger) ; transfusions de l'homme à l'animal et de l'animal à l'homme.

Les syphilides secondaires guérissent facilement en général, et cela sans laisser de traces, car la papule chemine de plus en plus à la périphérie et s'exfolie (d'après notre théorie). Les lésions tertiaires guérissent aussi spontanément, et les cicatrices qu'elles laissent sont l'indice qu'une caravane microbienne est sortie par ce point du tégument. Ici les phagocytes s'y prennent autrement que précédemment, car sans doute le microorganisme a évolué en vieillissant, et se sont peu à peu adaptés à leur milieu. Les phagocytes font sortir l'ennemi du sang, et aidés des éléments mobiles chargés de la défense de l'organisme, ils isolent l'ennemi : le milieu de la gomme dégénère, et le tourbillon se vide à l'extérieur.

Toute la comparaison de la syphilis avec la malaria ; tout ce qui est dit dans cette thèse de la présence probable d'un hématozoaire endoglobulaire ; tout cela a été mon opinion depuis plus de 2 ans. Je l'ai fait lire à plusieurs de mes camarades ou amis, dans des brouillons de ma thèse, et cela au moins deux mois avant qu'ait paru l'article de M. René Horand (*Lyon médical* 21 févr. 1904). Notamment, j'en ait fait part au Dr Thibierge, médecin des hôpitaux, au Dr Léon Zadoc Kahn, ancien chef de clinique des hôpitaux de Paris ; au Dr Schwartzschild ; MM. Berteaux et Pappa, internes des hôpitaux ; MM. Parisot, Ollivier, Delacroix, étudiants en médecine, M. Got, journaliste, ancien étudiant en médecine, M. Gargot, étudiant en médecine.

Au début de la période centrifuge de la syphilis, les acci-

dents sont généralisés parce que le microorganisme à ce moment est répandu dans tout le sang et le combat se livre partout. Mais petit à petit, l'ennemi est jeté dehors. Il se cramponne et va camper dans un lieu d'appel ou dans un *locus minoris resistentiæ*. Il se passe peut-être aussi ce qui se passe dans le lupus : Il se forme une colonie de papules, à la profondeur qui s'accroît par la périphérie, tandis que le milieu se stérilise (teigne, lupus, etc.), par faute de nourriture, et la périphérie conserve les éléments actifs. Comme encore dans le lupus il peut rester une papule au milieu du cercle et on a un corymbe. Ces éléments arrivent peu à peu à la périphérie par la leucocytose, et les gommes se vident.

Arrivé à la syphilis tertiaire, nous pouvons risquer une dernière comparaison avec une autre maladie infectieuse : la dothiéntérie.

Comme toutes les maladies infectieuses, elle est tout d'abord générale : elle attaque le tube digestif, l'appareil pulmonaire, la rate, l'axe cérébro-spinal, l'appareil cardio-vasculaire. Mais petit à petit, la maladie, qui elle aussi peut avoir de ces rechutes dont nous avons déjà parlé, s'éteint. Mais elle guérit quelquefois en apparence seulement ; quelques années après la guérison, apparaît tout à coup un abcès, pour la plupart osseux ; on l'ouvre et on est en présence du bacille d'Eberth. Il peut guérir et quelques années après on a de nouveaux abcès. Ici le microbe a été peu à peu repoussé par l'organisme ; à la périphérie cutanée ; taches roses ; par le cuir chevelu ; chute de cheveux ; par les muqueuses ; plaques de Peyer dont l'exulcération n'est qu'une exfoliation. Ici la maladie se cramponne aussi, et cela dans un lieu de moindre résistance, qui semble être le tissu osseux.

Conclusions cliniques

1. — Les chancre de sièges multiples, contemporains, n'admettent pas de discussion.

2. — Les chancres successifs et contemporains d'origine sont indiscutables également.

3. — Les chancres successifs évoluent presque toujours suivant la date d'infection.

4. — L'immunité n'est pas constituée dès l'incubation du chancre.

5. — L'immunité est constituée une fois la pléiade satellite constituée et cela parce que le nouveau chancre, ayant probablement encore la faculté d'incuber pendant un certain temps, meurt sur place.

7. — Des conclusions précédentes, nous pourrions tirer cette autre conclusion : c'est que le chancre loin d'être le premier signe de l'infection générale, n'est qu'un symptôme de l'infection encore locale.

Conclusions au point de vue du diagnostic

1. — Pour découvrir ces chancres, il faut les chercher et pour cela examiner systématiquement tous les malades, car souvent ils ne parlent que d'un chancre.

2. — Les papules qui précèdent de longtemps les accidents généraux sont peut-être de petits chancres.

3. — Les lésions chancriformes atypiques sont probablement de vrais chancres.

Conclusions tirées des observations

1. — La moitié des cas se rapportent a des chancres bipolaires.

2. — Puis viennent les chancres à la fois génitaux et extra-génitaux.

3. — *Enfin* les cas les plus rares ce sont les chancres extra-génitaux purs de sièges multiples.

Conclusions à tirer de l'étiologie

1. — D'après ce qui précède, 52 0/0 sont d'origine génitale pure (bipolaires par coït normal et linguo vulvaire). Les chancres extra-génitaux ont été causés 2 fois par des pansements infectés.

2. — Dans un cas il y a eu morsure, ce qui est très important au point de vue de la médecine légale pour le pronostic des suites de plaies.

Conclusions pathogéniques

La syphilis peut être comparée aux autres maladies infectieuses et ce qu'on appelle une rechute de la maladie serait déjà un commencement de guérison.

Les papules provoquées par diapédèse constituent ce stade de guérison et l'exfoliation de la muqueuse et de l'épiderme serait comparable à l'exfoliation de la scarlatine ou de la pustulation et de la suppuration de la variole, ou à l'exulcération des plaques de Peyer de la typhoïde.

La syphilis est sans doute une maladie infectieuse à rechutes chroniques. Le parasite éliminé petit à petit se cantonne dans un lieu de moindre résistance (système nerveux ?). Comme le bacille d'Eberth aime à se cantonner dans le système osseux.

Le parasite de la syphilis est sans doute un parasite du

sang et peut-être parent à l'hématozoaire de Laveran. Il est sans doute à l'intérieur même du globule, car on n'a pas encore pu le déceler. En faveur de cela sont les nombreuses déformations qu'on voit dans les globules sanguins chez les syphilitiques. De plus, il y a l'anémie de la syphilis, qui peut prendre quelquefois le masque de l'anémie pernicieuse. Il y a aussi hypoglobulie dans les deux cas.

La gravité de la syphilis chez un malarique plaide encore en cette faveur, car dans ce cas il y a deux parasites qui envahissent les globules. Dans les deux maladies les accès surviennent à peu près à la même heure de la journée (1).

(1) Voir la notice de la page 67.

Conclusions thérapeutiques

1. Il faudrait provoquer la vaso dilatation pour favoriser la diapédèse et l'exfoliation de l'épiderme et par suite le rejet du microorganisme par les périphéries cutanées et muqueuses. Cela sans préjudice pour le mercure et l'iodure, nuisibles aux microorganismes.

2. Pour le chancre lui-même je crois qu'il est imprudent de tenter des auto-inoculations, car nous ne connaissons pas le pronostic des chancres multiples et successifs.

3. Je crois qu'il serait utile de traiter le chancre lui-même de la façon suivante: l'exciser, panser la plaie restée béante, avec du sublimé: les lymphatiques qui aboutissent à

la pléiade en résorbant le mercure, détruiront peut-être le germe de la maladie dans l'œuf.

L'excision du chancre ne donne pas de résultat, car le chancre prend vite des racines.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE.

Vu :
Le Président,
ERN. GAUCHER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BAROWSKY. — *Société de l'hôpital militaire de Kieff*, sept. et oct. 1893.
- BARTHELÉMY. — *Annales Dermat. et Syph.*, 1885, p. 200.
- BASSEREAU. — *Affections de la peau. Sympt. de la syphilis*, 1852.
- BIEDENCAP. — *Gazette hop.*, 1864, page 535.
- BUMM. — *Vierteljahrschr. f. Derm.*, 1832.
- CANUET. — *Annales de Derm. et syph.*, 1896, page 1079.
- CHARMEIL. — *Echo médical du Nord*, 22 janvier 1904.
- CHARRIER. — *Annales dermat. et syph.*, 1894, page 429.
- DANLOS. — *Société française de Derm. et syph.*, séance 4 mars 1904.
- DIDAY. — *Histoire naturelle de la syph.*, page 219-233.
- DIEULAFOY (P^r). — *Manuel de Pathologie interne*, édition 1897, page 384 (tome IV).
- DRUELLE. — Observation inédite.
- DUCASTEL. — *Société de Derm.*, 4 novembre 1890.
- FEULARD. — Relevé des chancres extra génitaux du service du
P^r Fournier. *Annales Derm. et Syph.*, page 805.
- Observations XIV, XVI, XX, XXII, XXIV, XXXVI, LII.
- FINGER. — *Prag. med. Wochenschr.*, 1881, (n^o 40).

- FOURNIER (Pr). — *Traité de la syphilis*, 1901, tome I, pages 6, 8, 12, 31, 76, 197 et suivantes 540, 542, 558, Salle Henri IV, registre de 1886.
- GAILLARD. — Multiplicité des chancres, syphilitiques. *Tribune médicale*, 2 avril 1904.
- GAUCHER (Pr). — *Société Derm.*, 6 février 1902. Observations du service de l'hôpital Saint-Louis.
- GIBERT. — *Traité des maladies de la peau*, tome II, page 483.
- HAIRION. — Ricord. *Traité de l'inoculation*, page 530. Hudelo l. c.
- HASLUND. — Chancres ind. mult. Contribution à la question : quand la syphilis devient-elle constitutionnelle (*Annales derm. et syph.*).
- HERMET. — Service du Pr Fournier, 1879-1880.
- HILL. — Syphilis, 1881.
- HORTELOUP. — Musée de l'hôpital Ricord (moulage).
- HUDELO. — De l'immunité syphilitique. *Annales Derm. et syph.*, 1891, page 375.
- HULOT. — *Annales Derm. et syph.*, 1879-1880.
- HUMBERT. — Musée de l'hôpital Ricord (moulage) 13 juillet 1894.
- JULLIEN. — *Traité des maladies vénériennes*.
- J. KLOTZ. — Observation inédite.
- KLOTZ. — N.-York. *Dermat. Soc.*, 228 th. regular meeting, 1894.
- LACAPÈRE. — V. Pr Gaucher.
- LANG. — Observation Neumann.
- LASCH. — Wie wird man Lues constit. *Arch. f. Derm.*, 1891.
- LASSAR. — *Berl. kl. Wochenschr.*, 1904, n° 52, page 1189.
- LELOIR. — Leçons sur le chancre, 1886.
- LESNÉ. — Pr Fournier. *Traité de la syphilis*, tome I, page 201. *Annales derm.*
- LINDWURM. — *Verschiedenheiten über Syphilit. Krankh.* Traduction Loitet, page 146.
- MAURIAC. — *Société derm. et syph.*, 11 avril 1900 (cas Du Castel).
- METCHNIKOFF. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 21 décembre 1903-25 janvier 1904.
- MOREL-LAVALLÉE. — Relevé des chancres extra-génitaux du service du Pr Fournier, 1887-1888. Observations V, XIII, XVI, XXVI, XXVII, XLVI.
- NEUMANN Pr. — *Société dermat.* (séance du 10 février 1897) ; *Wiener med. Bl.*, 1890 ; Syphilis.

- NIVET. — Thèse de 1887.
- OHMANN-DUMESNIL. — *Americ. med. Ass.*, 9 mai 1888 ; *Monats.*, 1888, tome II. page 817.
- PETER. — *Soc. berl. de dermat.*, 7 décembre 1892.
- PONTOPPIDAN. — Congrès de Copenhague, 1884. *Annales de Derm. et syph.*
- PAPEGAËY. — Voir Gaillard.
- QUEYRAT. — *Ann. de Derm. et syph.*, 1904, page 57 ; *Soc. med. hop. Paris*, 30 juillet 1903. Musée de l'hôpital Ricord.
- RESPIGHI. — *Bolletino della Soc. med.*, Pisana, 1895, fasc. 2 ; *Annales dermat. et syph.*
- RICORD. — *Traité des maladies vénériennes*, 1838.
- RICORDI. — *Ann. univ. di med.*, Janvier, 1866.
- ROLLET. — *Dictionnaire encyclopédique au mot « chancre »* ; *Rech. exp. et cl. sur la syph.*, page 11, *Gazette med. de Lyon, Ann. Derm. et Syph.*, 1873-1874.
- ROUX. — Voir Metchnikoff.
- SPERCK. — *Syph. et prostit.* Traduction de Vervilly et Oelnitz. Tome II, page 607.
- TARNOWSKY. — *Centralbl f Chir.*, 1877.
- TAYLOR. — *The americ. ass. of genito-urinary surgeons*, 21 juin 1893.
- THIBIERGE. — Observations inédites.
- TURATI. — *Vierteljahrschr. f. Derm.*, 1882, page 252 (clinique Rie-necker Wurtzbg).
- WALLACE. — *Annales de Cazenave*, tome IV, page 36 ; Hudelo, l. c., *Hist. nat. de Diday*, page 338.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction. — Définition.....	7
Chancres de sièges multiples ; expérimentation ; clinique ; opinions des auteurs.....	9
Echéance d'apparition des chancres.....	29
Observations complètes.....	31
Observations résumées en un tableau d'ensemble.....	43
Statistiques.....	43
Etiologie.....	44
Diagnostic et Pathogénie.....	45
Conclusions.....	67
Bibliographie.....	75

Paris. — Imprimerie de l'Institut de Bibliographie. — v-1904. — № 1518.
